

# HOIDON SAA, JOS PYSYY HENGISSÄ

Hoitoon pääsyn kokemuksia Keuruun  
Pappilanniemessä ja Pihlajavedellä

Unto Mikkonen

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2010

Sosiaalialan koulutusohjelma  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tekijä(t) MIKKONEN, Unto	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 15.11.2010
	Sivumäärä 72	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) ----- saakka	Verkkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi <b>HOIDON SAA, JOS PYSY Y HENGISSÄ</b> Hoitoon pääsyn kokemuksia Keuruun Pappilanniemessä ja Pihlajavedellä		
Koulutusohjelma  Sosiaali- ja terveysalan moniammatillinen muuntokoulutus		
Työn ohjaaja(t) TYRVÄINEN, Hannele (TAMMINEN Mia 8/2010 asti) VARTIAINEN, Anssi		
Toimeksiantaja(t)  Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Jyväskylän toimipaikka. Parassos-tutkimushanke.		
<p>Tiivistelmä Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää ParasSos-tutkimukseen liittyen, mitä terveyspalvelun etäisyyden muuttuminen vaikuttaa vastaanotolle hakeutuvan toimintaan ja vaikuttaako palveluetäisyyden muuttuminen epätietoisuuden lisääntymiseen ja palveluaukon muodostumiseen.</p> <p>Aineisto koottiin haastattelemalla paljon terveydenhoidon palveluista kokemusta saaneita ihmisiä kymmenessä taloudessa Keuruun keskustassa ja Pihlajavedellä. Otos oli valikoitu ja perustui tutkijan paikallistuntemukseen. Aineisto luokiteltiin ajatuskokonaisuuksien ilmisällön perusteella ja sisällön merkityksiä avattiin tarkastelemalla luokkia eri tutkimussuuntien kysymyksenasettelujen avulla sekä vertaamalla aikaisempiin tutkimustuloksiin.</p> <p>Terveyskeskuksen päivystyspaikan muutos vaikuttaa Keskustassa ja Pihlajavedellä asuviin samalla tavoin. Molemmat tutkitut ryhmät pyrkivät odottamaan, että päivystys palasi lähelle. Asumipaikan ja vastaanoton etäisyydestä riippumatta epätietoisuus päivystyspaikasta viivästytti hoidon alkamista. Kukaan haastatelluista ei kyennyt kertomaan tarkasti, milloin päivystys oli Keuruulla ja milloin Mäntässä. Epätietoisuus synnyttää palveluaukon.</p> <p>Pihlajavedellä tahdottiin joustavampaa yhteistyötä naapurikuntien terveyskeskusten välillä. Sen toteutuessa lääkärissä käynnin matka voisi lyhentyä merkittävästi.</p> <p>Aineistosta kohosi inhimillisiä toimintatapoja, joiden eettinen laatu on kyseenalainen. Asiakkaita vastaanotettiin tuttuuden perusteella ohi jonon ja julkiseen jonoon haettiin vauhtia yksityiseltä sektorilta. Julkisen ja yksityisen sektorien suhde näyttäytyi sekavana. Asiakkaan vahva intressi, oma terveys, ohjasi valintoja lyhytjänteisesti.</p> <p>Tulosten arviointi auttaa palvelun järjestäjiä suunnittelemaan muutoksien toteutusta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Ajanvaraus Epävarmuus Haastattelututkimus Hoitosuhde Hoitovakuutus Terveyskeskukset Terveidenhoito Uudistukset Palvelujärjestelmät Palvelurakenne Seutuhallinto		
Muut tiedot		

Author(s) MIKKONEN, Unto	Type of publication Bachelor's / Master's Thesis	Date 15112010
	Pages 72	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title YOU GET MEDICAL CARE, IF YOU STAY ALIVE		
Degree Programme  Bachelor of Social Services Degree, Programme in Social Services		
Tutor(s) TYRVÄINEN, Hannele (TAMMINEN Mia to 8/2010) VARTIAINEN, Anssi		
Assigned by  National Institute for Health and Welfare, Post of Jyväskylä		
<p>Abstract</p> <p>This thesis aims to identify how the distance change to health care services affects patient's activities when seeking help and to find out if the change of distance increases uncertainties related to the ParasSos- research.</p> <p>The data is compiled by interviewing people from ten different households. They have a lot of experience in health care services in central of Keuruu and Pihlajavesi. The sample is selected and based on local knowledge of the researcher. The material was classified as the idea of modules from the content. Meanings of the content were decoded by examining the different classes of lines of inquiry through research and by comparison with earlier findings.</p> <p>The change of the Health Centre's emergency location will affect people living near and far in the same way. Both groups surveyed would like to see it to be returned the former place. Regardless of the distance between living space and a reception, the uncertainty about the place of emergency has delayed the start of the treatment. None of those interviewed could tell exactly when the call was be made to Keuruu and when to Mänttä. Uncertainty creates the service gap.</p> <p>People living in Pihlajavesi wanted to live in a more flexible cooperation between the health centers of neighboring municipalities. When completed, the distance to health care center could be shortened significantly.</p>		
<p>Keywords</p> <p>appointment, tremulousness, interview study, interrelationship in nursing, nursing insurance, health centre, health care, shake-up in the health service, service system, public service, district government</p>		
Miscellaneous		

## SISÄLTÖ

1 TAVOITTEENA SUJUVA HOITO	5
2 LÄHTÖKOHTIA	6
3 AIKAISEMPIA TUTKIMUSTULOKSIA	7
4 TAVOITE JA TEHTÄVÄT	12
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	13
6 EPISODEISTA TUTKIMUSTULOKSIIN	18
6.1 Tyytyväisyys on koettua laatua	18
6.2 Ei sinne pikkuvaivoista	26
6.3 Millä matkustettaisiin?	27
6.4 Julkinen vai yksityinen	28
6.5 Missähän ne päivystää?	31
6.6 Palvelun oikeudenmukaisuus ja tasapuolisuus	33
6.7 Kauanko tässä vielä menee?	37
6.8 Väärän hoidon kokemuksia	40
6.9 Epätietoisuus hidastaa hoidon alkamista	42
6.10 Parannusehdotuksia	44
7 AINEISTON ARVIOINTIA KIRJALLISUUDEN VALOSSA	46
8 POHDINTA	57
8.1 Hoitoon hakeutumisen teorian hahmottelu	57
8.2 Tutkimuksen reflektointia	64
8.3 Kehittämiskohteita	67
LÄHTEET	70

## KUVIOT

KUVIO 1. Terveysthuollon käyttäjät hoidon tarkoituksen ja hoitokertojen mukaan	24
KUVIO 2: Yksityisen ja julkisen hoidon harmaa alue	49
KUVIO 3: Harjoitetun terveyspolitiikan tasapainomalli	50
KUVIO 4: Toivottava terveydenhuollon järjestämisen malli Koivusalon ym. mukaan.	53
KUVIO 5: Terveysthuollon kehittämisen suunnat	54

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Mäntän, Vilppulan ja vertailualueiden lääkärikäyntien määrä (pl. työterveyshuolto) asukasta kohti vuonna 2005. Tarvevakioituneet luvut. Junnilan mukaan.	12
TAULUKKO 2. Haastattelujen kesto	16

## 1 TAVOITTEENA SUJUVA HOITO

Hoitoon pääsy on terveystalvelujen avainasia. Se on myös kokemus, jota kuka tahansa kansalainen osaa arvioida omista lähtökohdistaan. Tässä laadullisessa haastattelututkimuksessa arviointi pyrittiin sitomaan paikallisuuteen. Haastattelujen teema oli, millaisena hoitoon pääsy näyttäytyy paikallisesta näkökulmasta, Keuruun keskustasta, Pappilanniemestä tai kaupungin laita-alueelta, Pihlajavedeltä käsin.

Kysymyksenasettelun taustalla ovat päivystys- ja ajanvarauskäytännöissä paikallisesti tapahtuneet muutokset sekä toteuttamisvaiheessa oleva kunta- ja palvelurakennuudistus, joka tuo lisää muutoksia terveystalveluiden järjestämistapaan. Oletuksena on, että nämä muutokset vaikuttavat hoitoon hakeutumisen kokemukseen. Tutkimus liittyy ParasSos - tutkimushankkeeseen<sup>1</sup>. Asennetutkimuksen tavoitteena on selvittää, mitä terveystalvelun etäisyyden muuttuminen vaikuttaa vastaanotolle hakeutuvan toimintaan ja vaikuttaako palveluetäisyyden muuttuminen epätietoisuuden lisääntymiseen ja palveluaukon muodostumiseen.

Toivon tämän työn auttavan terveystalveluiden muutosten suunnittelijoita ja toteuttajia sekä niistä tiedottavia heidän työssään. Terveystalveluiden asiakas ei voi aina vaikuttaa siihen, milloin ja millaisena hän lähestyy palvelun tuottajaa. Kun toimintatavat ovat ymmärrettävän selkeät, oikeudenmukaiset, viiveettömät ja tarkoituksenmukaiset, asiakas ja hoitohenkilöstö ovat todennäköisimmin samalla puolella. Ja kääntäen: vastahakoinen asiakas ennustaa ilmeisen huonoa hoitotulosta.

Toinen luku käsittelee tutkimusympäristöä ja sen muutoksia. Kolmas luku kuvaa aikaisempaa hoitoon hakeutumisen tutkimusta sekä asiantuntijoiden kannanottoja terveystalvelujen kehittymisestä. Tarkempaa huomiota kohdistetaan Kuluttajatutkimuskeskuksen ja Valtiontaloudellisen tutkimuskeskuksen tutkimuksiin. Neljännessä luvussa kerrotaan tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Viides luku ilmaisee tutkimuksen kulun ja siinä noudatetut periaatteet ja käytännöt. Haastattelujen sisäl-

---

<sup>1</sup> ParasSos on Terveystalvelujen ja hyvinvoinnin laitoksen vuosina 2008-2011 toteuttama sosiaali- palveluiden muutoksen seuranta- ja arviointitutkimus, johon kerätään tietoa Keski-Suomen valituista kunnista. Tutkimuksella kootaan tietoa muuttuvista palvelurakenteista ja palveluiden muutoksista kuntalaisten näkökulmasta.

löstä nousevia teemoja kuvaillaan kuudennessa luvussa. Seitsemännessä luvussa tarkastellaan aineistosta nousseita yksityiskohtia deduktiivisesti ja jonkin verran erilaisista tarkastelunäkökulmista. Aineiston pohjalta nousevaa hoitoon hakeutumisen teoriaa hahmotetaan viimeisessä luvussa. Lopuksi reflektoidaan tutkimusta sekä esitellään joitakin kehittämiskohteita.

## 2 LÄHTÖKOHTIA

Hoitoon pääsyn kokemuksella tarkoitetaan tässä työssä kaikkia potilaan kokemuksia alkaen siitä hetkestä, kun hän alkaa harkita lääkärin vastaanotolle menemistä ja päättyen todellisen hoidon alkamiseen. Terveyspalveluihin sisällytetään kaikki palvelut, joista asiakas voi hakea apua terveyttä koskevaan hyvinvointiongelmansa. Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen lisäksi mahdollisia palveluja ovat esimerkiksi vaihtoehtolääketieteen terapiat.

Keuruun-Multian terveyskeskuksen päivystyskäytännöissä on tapahtunut 2000-luvulla kaksi suurehkoa muutosta. Väestövastuualueista siirryttiin solumalliin vuoden 2005 aikana. Toinen suuri muutos oli yöpäivystyksen siirto Mänttään vuonna 2003. Kuluvan vuoden alussa Mäntän päivystysaikaa pidennettiin. Vastaanottoaikojen jakamisessa on tapahtunut neljä muutosta. Vastaanottoaikoja annettiin yhtenä päivänä kuukaudessa seuraavalle kuukaudelle vuodesta 1992 vuoteen 2005. Tuon jälkeen ajanvarausaikoja ryhdyttiin antamaan kaikkina päivinä seuraavan kahden viikon ajaksi. Järjestelmä monimutkaistui jonkin verran vuonna 2008, jolloin päivystysaikoja annettiin prosenttiosuuksien mukaan. Nyt aikoja on annettu vuoden verran jokaisena arkipäivänä sen mukaan kuin niitä riittää. (Annala 2010.)

Tutkimuksen ajankohtainen tarve nousee myös kunta- ja palvelurakennemuutoksen toimeenpanon vaiheesta. Suurempaan yksikkökokoon siirtyessä on tarpeellista tarkastella muutoksen vaikutuksia. Tämän tutkimuksen haastattelut tehtiin ajankohtana, jolloin Keuruulla päätettiin seututerveyskeskukseen liittymisestä vuoden 2011 alussa. Tutkimus siis tarkastelee käytöstä jäävän järjestelmän tuottamia ominaisuuksia.

Pappilanniemi on sotien jälkeen rakennettu kaupunginosa Keuruun ydinkeskustassa. Pihlajavesi toimi itsenäisenä kuntana vuoteen 1969 saakka ja on siitä alkaen ollut osa Keuruuta. Tutkimuksen oletuksena oli ajatus, jonka mukaan Keuruun keskustassa asuvat saattaisivat reagoida päivystyspaikan vaihtumiseen Pihlajaveden asukkaita voimakkaammin. Heillä päivystyksen siirtyminen Keuruulta Mänttään merkitsee matkan 20–40-kertaistumista (n. 1–1,5 km:sta 30–60 km:iin), kun Pihlajavedellä asuvalle matka korkeintaan 2,5-kertaistuu (n. 40 km:sta 100 km:iin).

Terveysthuollossa on erilaisia intressikehiä, joiden toimivuus mitataan potilasta kohdattaessa. Hoitoon pääsyn kokemus paljastaa terveydenhoitojärjestelmän toimivuuden tai sen ongelmia. Tästä kokemuksesta voi saada vihjeitä toimivamman järjestelmän luomiseksi.

Potilaan kokema laatu muodostuu palvelun teknisen laadun ja palveluprosessin laadun suhteesta hänen odotuksiinsa. Kokemukseen vaikuttaa myös palveluntuottajan julkikuva. Odotusten ja kokemusten jännitteestä syntyi haastattelussa erilaisia kertomuksia. Usein niissä voidaan nähdä pettymystä. Lähes yhtä usein haastatellut olivat valmiita nauramaan itselleen.

### **3 AIKAISEMPIA TUTKIMUSTULOKSIA**

Hippokrates (460 – 377 eKr.) on vaikuttanut nykypäiviin saakka lääketieteen etiikkaan. Hänen nimeään kantava vala on yhä käytössä useissa maissa. Hänen lääketieteelliset näkemyksensä nesteiden tasapainon merkityksestä eivät sellaisenaan ole tunnustettuja nykyisessä lääketieteessä, mutta manipuloimalla annettuja hoitoja käytetään yhä. Terveyskäsityksen suunta on palaamassa lääketieteen kaikkivoipaisuudesta kokonaisvaltaisempaan suuntaan, sillä kulttuuri- ja terveyserot eivät ole osoittautuneet olevan lääketieteen avulla hallittavissa. Nykysuuntaus pyrkii valtaistamaan kansalaisia: osallisuuden ja voimavarojen kasvattamiseen pyritään omaehtoisen toiminnan avulla. (Hyypä & Liikanen 2005, 22, 34.)



Kansanterveyslain tuottama myönteinen kehitys jatkui vuodesta 1972 1990-luvulle. Sen jälkeen järjestelmä on alkanut rapautua rahoituksen rakenteen muutoksen vuoksi. Ohjauksen kokonaisvastuu ei näytä kuuluvan kenellekään. Kansalaisilla on valinnan mahdollisuuksia ja järjestelmän ohjautuminen tapahtuukin näiden valintojen seurauksena. (Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena, 2003, 31.)

Terveydenhuollon voimavaroja suunnataan paikallisen harkinnan mukaan ilman merkittävää koordinoitua. Perusterveydenhoito on kehittynyt viime vuosina heikompaan suuntaan. Hyvätuloisille on sen sijaan kehittynyt kolminkertainen järjestelmä. Heillä on käytössään perusterveydenhuolto terveyskeskus jonoineen, työterveysjärjestelmä sekä yksityinen terveydenhoito. Työterveysjärjestelmän piti sitä perustettaessa muodostua ennaltaehkäiseväksi järjestelmäksi, mutta siitä on kehittynyt yksi sairaanhoitopalveluja antava taho. Tämä kehitys ei ole sopusoinnussa tasa-arvoisuuden kanssa. Tasa-arvo on perustuslain lisäksi keskeinen periaate laissa potilaan oikeuksista sekä kaikissa julkisissa terveydenhoidon ohjelmissa. Erikoissairanhoidon palvelut toimivat suurelta osin Kela-korvausten tuella yksityisten palvelujen varassa, koska julkiselle puolelle ei ole luotu vastaavaa järjestelmää. (Keskimäki 2010. 3580–3582).

Niiden asioiden määrä lisääntyy, jotka eivät ole väistämättömiä tai mahdottomia. Tästä seuraa ilmiö nimeltä elämänpolitiikka. Oman elämän kulkuun voidaan tehdä aktiivisia omia valintoja, uusia aloituksia tilanteissa, jotka eivät ole olleet ennakoitavissa. (Karisto 2008, 193.)

Hoitotyön laatua on perinteisesti arvioitu asiakkaan ja hoitotyötä tekevän ammattilaisen vuorovaikutuksen tasolla. Hoidon laatuun vaikuttavat muutkin tasot kuten palveluyrityksen taso suhteessa asiakkaiden tarpeisiin sekä yhteisön taso, jossa arvioidaan väestön tarpeita suhteessa toimiviin palveluyrityksiin. Ylimpänä on yhteiskunnallinen taso. Siinä voidaan arvioida yhteiskuntapoliittisten päätösten ja tavoitteiden vastaavuutta koko väestön tarpeisiin. (Pelkonen & Perälä 1992, 64).

Hoitotyön piirissä on tehty lukuisia tutkimuksia, jotka koskettelevat potilaiden tai heidän omaistensa kokemuksia. Niissä käytetään usein laadullisia tutkimusmenetelmiä. Potilaiden laatukokemuksia on tutkittu jo huomattavan paljon (mm. Kekki 1994, Lääkäriin vastaanotolle pääsy, käyntiin potilaalta kuluva aika ja hoitokäytäntö yhdessä terveyskeskuksessa), Kivinen 1997 (Asiakkaat ja terveyspalvelujen laatu: tutkimus Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen palvelujen laadusta äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä lääkäreiden vastaanottojen asiakkaiden arvioimana), Onnela 1998 (Hoidon laatu sairaalaan tulotilanteessa) ja Hiidenhovi 2001 (Terveyskeskuksen lääkäreiden vastaanottotoiminnan palvelukyky asiakkaiden arvioimana). Jyväskylän ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä on julkaistu useita tutkimuksia, jotka koskevat eri potilasryhmien tai heidän vanhempiensa kokemuksia sairauden hoitoon liittyvistä asioista. Usein tutkimuksen informanttina on ollut hoitohenkilökunta. Potilaat ovat tutkimuksen kohteena mm. Leinon ja Kähärän tutkimuksessa Kyllön terveyskeskussairaalassa (2008) ja Hutun ja Kukkuraisten Keski-Suomen pelastuslaitoksen sairaankuljetuksen asiakastyytyväisyyttä mittaavassa tutkimuksessa (2007).

Leinon ja Kähärän tutkimus oli kvantitatiivinen ja se tehtiin vuodeosaston potilaille. Työstä ilmenee, että vastanneista n. 36–75 % oli useimpiin asioihin tyytyväisiä. Vähiten tyytyväisiä oltiin tärkeiden asioiden esille tulemiseen tulohaastattelussa. Puutteita raportoitiin 3–22 %:ssa vastauksia. Vähiten tyytymättömyyttä aiheutti kotihoitoa varten saatujen ohjeiden laatu. Suurimpia tyytymättömyyden aiheuttajia olivat hoitajan ajan niukkuus ja hoidon tavoitteiden suunnittelu yhdessä omahoitajan kanssa (21,9 %). (Leino ja Kähärä 2008, 24–30.)

Hutun ja Kukkuraisten kvantitatiivinen tutkimus koski 255 vastannutta aluepelastuslaitoksen sairaankuljetuksen asiakasta. 84 % vastanneista piti saamaansa palvelua hyvänä tai erittäin hyvänä. Tyytymättömyyttä aiheuttivat odottaminen ja esittäytymättä jättäminen. Myös kivun lievityksen heikot mahdollisuudet aiheuttivat tyytymättömyyttä (Huttu ja Kukkurainen 2007, 21, 24).

Terveyskeskusten laatukokemusta on tutkittu Kuluttajatutkimuskeskuksen toimesta vuonna 2008. Tutkimuksessa potilaiden antamat laatua ilmaisevat arvosanat määräytyivät usein odotusaikojen, henkilöstön ammattitaidon ja palvelun maantieteellisen

etäisyyden perusteella. Ammattitaitoisuuden arviointi voi maallikolle olla hankalaa. Asiantunteva asiakas arvioi laatua ennen muuta teknisen laadun perusteella. Vähemmän asiantunteva muodostaa laatukäsityksensä toiminnallisen laadun (mitenlaadun) mukaan. Arviointiin vaikuttaa myös palvelun tuottajan maine ja julkikuva. (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008, 62–64.)

Runas kaksikolmannesta vuoden 2008 tutkimuksen vastaajista piti kohtuullisena matkana terveyskeskukseen korkeintaan viiden kilometrin yhdensuuntaista matkaa. Reilu kolmannes sai vastaanottoajan lääkärille samana päivänä. Kolmasosa vastaajista joutui odottamaan yli viikon ajan. 88 % vastaajista oli päässyt päivystysvastaanotolle alle kahdessa tunnissa. Saman terveyskeskuksen laatua koskevien arvioiden hajonnan selitykseksi mainitaan kuntien pinta-alaerot. Heikoimpia laatuarvosanoja annettiin terveyskeskusten tavoitettavuudelle, kuten aukioloaika, puhelimeen vastaaminen, vastaanottoajan saaminen. Laatuarviot olivat sitä parempia, mitä nopeammin vastaaja oli saanut ajan lääkärille. Tutkijat arvelevat asiakkaiden laatuokemusten muuttuvan tehokkuutta ja taloudellisuutta osoittavia mittauksia hitaammin. (Kytö ym. 2008, 12–39.)

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus julkaisi Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät -tutkimuksen helmikuussa 2009. Tutkimuksessa laskettiin tehottomuusluvut SFA-menetelmällä.<sup>2</sup> Keskimääräiseksi tehottomuusluvuksi saatiin 7 %. Vuodesta 2001 vuoteen 2007 tehokkuus oli laskenut 11 %. Laatueroja terveyskeskusten välillä sen paremmin kuin laadun muutoksetkaan eivät juuri selitä tehokkuuseroja tai tuottavuutta. Selvityksessä eri kuntien ja terveyskeskusten väliset laatueroja sekä yksittäisten laatuindikaattoreiden saamat arvosanat poikkesivat toisistaan huomattavasti, mutta samaan kuntayhtymään kuuluvien terveyskeskusten laadulliset erot olivat vähäisiä. On pääteltävissä, että johtamiskulttuuri vaikuttaa laadun kokemukseen. (Aaltonen, Järviö & Luoma. 2009. 15–21.)

---

<sup>2</sup> SFA-menetelmä, Stochastic Frontier Analysis, on matemaattinen malli tuotoksen ja kustannusten välisen tehokkuuden laskemiseen. Tarkemmin mm. Syrjänen 2006.

Yhteyden saamisen ongelmat terveyskeskuksissa kielivät usein tehottomuudesta. Tehottomuus niissä 29 terveyskeskuksessa, joissa yhteyden saamisen ongelmia ilmeni, oli 9,7 %. Keskimääräinen tehottomuus oli 8,3 %. Hoidon tarpeen arvioinnin tulisi tapahtua kolmen vuorokauden kuluessa. Yhdeksässä terveyskeskuksessa ilmeni aikarajan kanssa ajoittain ongelmia. Niissä tehottomuusluku oli jonkin verran alhaisempi kuin keskimäärin. Tutkijat olettavat, että tehokkuus syntyy hitaudesta, mutta perinpohjaisuudesta. (Aaltonen ym.2009, 53-55.)

Deilyn ja McKayn (2006) sekä Clementín, (2008) tutkimuksissa on havaittu sairaaloiden kustannustehottomuuden olevan sidoksissa kuolleisuuteen. Myös sairaalan tekninen tehottomuus korreloi myönteisesti kuolleisuuteen. (Aaltonen ym 2009,100.)

Tämä tutkimus poikkeaa aikaisemmista siten, että haastattelut on tehty palvelua käyttäneiden ihmisten kodeissa. Tarkastelun piiriin tulevat tällöin myös tilanteet, jotka eivät ole johtaneet terveyspalveluiden äärelle esimerkiksi yhteysongelmien vuoksi.

Keuruun-Multian terveyskeskuksen eteläpuolisella alueella, Mäntässä ja Vilppulassa on tutkittu lääkäriissä käyntien määrää. Taulukosta nähdään yksityisen terveyspalvelun olevan Mäntän ja Vilppulan alueilla muun maan tasoa vähäisempää. Perusterveydenhoidossa käydään hieman muuta maata useammin. On oletettavaa, että Keuruun seudulla käyntien määrän jakautuminen on samansuuntainen, sillä terveyspalvelujen tarjonnat alueilla muistuttavat toisiaan.

**TAULUKKO 1. Mäntän, Vilppulan ja vertailualueiden lääkärikäyntien määrä (pl. työterveyshuolto) asukasta kohti vuonna 2005 (Junnila 2008,195).**

<u>Käynnit asukasta kohti</u>	<u>Perusth.</u>	<u>Erik-th.</u>	<u>Yksityinen</u>	<u>Yht.</u>
<b>Mänttä</b>	2,2	1,0	0,5	3,7
<b>Vilppula</b>	2,1	1,0	0,5	3,5
<b>Pirkanmaan sh-piiri</b>	2,1	1,1	0,8	3,9
<b>koko maa</b>	1,8	1,3	0,7	3,7
 <b><u>Käynnit/as, koko maa = 100</u></b>				
<b>Mänttä</b>	122	79	73	98
<b>Vilppula</b>	116	76	74	95
<b>Pirkanmaan sh-piiri</b>	119	83	115	105
<b>koko maa</b>	100	100	100	100

Työterveyshuollon vaikutus Mäntän ja Vilppulan alueella on merkittävä työpaikkojen rakenteen vuoksi. (Junnila 2008, 195).

Toimenpiteiden priorisointi terveydenhoidossa on implisiittistä, sanoittamatonta. Tämä tarkoittaa yksittäisen lääkäreiden tekemiä päätöksiä. Mahdolliset organisaatiolta saadut priorisointiohjeet jättävät kuitenkin vastuun yksittäisen lääkärin kannettavaksi. Konsumerismi, asiakkaan valinnoilla ohjautuminen, ei voi Toiviaisen mukaan koskaan toteutua koko terveydenhuollon alueella. Oleellista on huomata, missä asioissa potilaan tekemä valinta on tärkeä ja mahdollinen. (Toiviainen 2007, 72–73.)

Potilaiden vastaanotolla ilmaisemat toiveet haluamastaan hoidosta ovat arvioiden mukaan yleistyneet. Niihin suhtautuu kielteisesti 40 % lääkäreistä. (Toiviainen 2007, 54). Lääkärit katsovat tarvitsevansa tietoa potilaan tietolähteistä sekä vuorovaikutustaidoista. Näitä pitäisi opettaa perus- ja jatkokoulutuksessa. (Emt. 75.)

#### **4 TAVOITE JA TEHTÄVÄT**

Laadullisen asennetutkimuksen tavoitteena on selvittää ParasSos-tutkimukseen liittyen, mitä terveyspalvelun etäisyyden muuttuminen vaikuttaa vastaanotolle hakeu-

tuvan toimintaan ja vaikuttaako palveluetaisyyden muuttuminen epätietoisuuden lisääntymiseen ja palveluaukon muodostumiseen.

Tämän tutkimuksen kysymykset ovat:

1. Miten päivystyspaikan vaihtuminen vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen?
2. Ovatko päivystyspaikan vaihtumisen aiheuttamat muutokset samanlaisia Keuruun keskustassa ja Pihlajavedellä asuville

Tutkimuksen avulla tuodaan esille hoitoon pääsyn kokemusta ja potilaana olevan erilaisia kokemukseen vaikuttavia seikkoja. (Vrt. Mäkelä 1992, 23.) Niiden avulla halutaan löytää palvelun laatuun vaikuttavia avainkokemuksia. Tutkimuksen tulosten avulla terveydenhoitojärjestelmä voisi oppia tapaustutkimuksen omaisista haastateltujen kokemuksista (ks. Metsämuuronen 2006, 210-212). Tutkimusalue sisältää Royn adaptaatiomallin hoitoprosessin vaiheet I – IV<sup>3</sup> sekä niitä edeltävät vaiheet kuten kotona oireilun, matkan ja odotusajan. (Ks. Fawcett 1991, 294).

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Haastateltavien valinnassa oli pyrkimyksenä kerätä riittävän monipuolinen aineisto. Tutkimuksessa pyrittiin tavoittamaan nuorempien kokemukset perheiden (vanhempien) kokemusten kautta. Tämä valinta jätti teini-ikäiset aineiston ulkopuolelle. Ratkaisuun vaikutti myös Pihlajavedellä asuvien nuorten vähäinen määrä. Tavoitteena oli haastatella jokseenkin samanlaisessa tilanteessa eläviä ihmisiä Keuruun keskustassa ja Pihlajavedellä, jotta mahdollisia asuinpaikan eroja saisi näkyviin. Diakoniatyön taloudellista apua saaneita asiakkaita ei ollut haastateltujen joukossa, jotta mahdollinen taloudellinen riippuvuus haastattelijaan ei vaikuttaisi tuloksiin. Tästä syystä otokseen ei kuulu taloudellisesti heikoimmassa asemassa olevia ihmisiä.

Opinnäytetyöni suunnitelmasta kerrottiin joillekin ihmisille, jotka alkoivat spontaanisti kertoa rikkaita kokemuksiaan. Tällä tavoin kohdattiin mm. kahdessa eri kunnassa

---

<sup>3</sup> Hoitotieteessä on luotu erilaisia hoitoprosessin kuvauksia. Niistä Royn adaptaatiomalli ilmaisee selvimmän rajan tämän tutkimuksen tarkoittaman hoidon alkamisen ja sitä edeltävien hoitoprosessin osien välillä.

vuodenaikojen mukaan asuva henkilö. Kolme muuta henkilöä löytyi samanlaisissa keskusteluissa, jotka tapahtuivat satunnaisissa paikoissa kuten kaupassa tai lounasravintolassa. Perheitä kohdattiin kotikäyntikierroksella.

Yksi henkilö kieltäytyi haastattelusta. Hänen tilalleen löytyi toinen, jokseenkin samanikäinen ja samassa elämäntilanteessa asuva henkilö. Koska aineisto on pieni ja sekä Pappilanniemi että Pihlajavesi ovat pieniä yhteisöjä, joudutaan yksityisyyden suojaamiseksi esittelemään aineistoa melko vähäisin lainauksin. Haastattelun ilmaiseminen edes kiinteänä koodina voisi tuottaa sellaista tietoa, joka yhdisteltynä ilmaisisi henkilöllisyyden.

Joitakin viikkoja ennen haastatteluja tutkija otti paikallislehdessä kantaa seututerveyskeskuksen puutteellisia valmistelutietoja kohtaan. On todennäköistä, että haastattelut olivat lukeneet tuon kritiikin. Yleisönosastokirjoitusta sivuttiinkin yhden haastattelun kanssa ennen haastattelua. Osa haastatteluista tehtiin sellaiseen aikaan, että seututerveyskeskus oli jo tullut päätetyksi. Tuolloin kirjoituksessa esitetty kanta oli jo joutunut tappiolle. Artikkelin mahdollista vaikutusta haastattelutuloksiin tarkkailtiin. Johtopäätös oli, että kaikki haastattelut puhuivat omia käsityksiään. Vaikka seututerveyskeskusta kohtaan oltiin kriittisiä, se kriittisyys nousi haastateltujen omista lähtökohdista. Haastattelut henkilöt arvioitiin objektiivisiksi suhteessa haastattelijaan.

Sairaus ja hoito ovat koettavissa persoonallisesti ja yksilöllisesti. Kun tutkimuksessa kysytään hoitoon pääsyn kokemusta, vastaus todennäköisesti ilmaisee potilaana olleiden kokemaa laatua. Tuo kysymys antaa kuitenkin mahdollisuuden laajempaan vastaukseen. Tämä mahdollisuus tahdottiin jättää avoimeksi vastaajille. Siksi ei kysytty heidän kokemastaan hoidon laadusta. Avoin kysymys toikin esille sekä konkreettisia asioita (puolisoiden työnjako, siirtymiset yksityisen ja julkisen sektorin välillä) että mm. oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvoisuuden tarkastelua. Haastattelut siis kykenivät huomattavan monipuoliseen laadun tarkasteluun omasta aloitteestaan.

Haastattelut äänitettiin mp3-soittimella (LG MF-FE422). Äänittämisestä kerrottiin, mutta siihen ei kysytty erikseen lupaa haastatteluluvan lisäksi. Laitetta käynnistettäessä osoitettiin mikrofonin sijainti laitteessa, että kaikki haastattelut ymmärsivät pu-

heen taltioinnin. Tässä vaiheessa kukaan haastatelluista ei asettanut äänitystä kyseenalaiseksi. Sen sijaan laitteen pieni koko aiheutti muutamia ihmettelyjä. Pieni äänityslaitte, jossa ei ollut liikkuvia osia, ei aiheuttanut häiriöitä itse keskusteluun.

Teemahaastattelu antaa vastaajille mahdollisuuden puhua niin vapaasti, että muodostuvan aineiston voi ymmärtää vastaajien aidoksi puheeksi (Eskola ja Suoranta 1998, 88). Laadullinen haastattelututkimus tuli valituksi toisestakin lähtökohdasta: haastattelija halusi oppia kuulemaan enemmän omien asiakkaiden puheesta. Jo litterointivaihe toi haastateltujen puheesta esille sellaisia seikkoja, jotka jäivät huomaamatta tai joihin kiinnitettiin liian vähän huomiota haastattelutilanteessa. Lisäopille osoittautui siis olevan tilaa. Fenomenologinen tutkimus olisi antanut tutkijalle enemmän, mutta sen tuottama hyöty tutkimukselle arvioitiin vähäisemmäksi kuin sen tuottama lisätyö olisi ollut. (Ks. Janhonen & Nikkonen 2009, 119.) Tarkastelutavaksi valittiin induktiivinen analyysi, koska menetelmä säilyttää haastateltavien äänen monimuotoisuuden. Aineistolähtöisen analyysin ohella ajatuskokonaisuuksia tarkasteltiin diskursseina ja narratiiveina. Tämä useampinäkökulmainen tapa tarkastella aineistoa on tarpeen tutkijan yksisilmäisyyden välttämiseksi. Tutkijan tehtävänä on analyysityön avulla saada aineisto puhumaan mahdollisimman monen erimielisen todistajan äänellä (Töttö 2004, 138). Tämä erilaisten katsantotapojen mukana pitäminen ei tarkoita analyysitriangulaatiota, joka edellyttäisi näiden tutkimusmenetelmien tasaveroista käyttämistä koko analyysissa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006, Triangulaatio).

Teemahaastattelun kysymykset olivat:

- perustiedot: ikä sukupuoli, asuinalue,
- miten haastateltava kokee terveyspalvelujen saatavuuden omalla asuinpaikallaan?
- mitkä seikat vaikuttavat palveluun hakeutumiseen? Tarvittaessa kysyttiin kuljetuksen saatavuuden (Millä kulkuvälineellä menet terveyspalveluiden luo?) sekä terveyskeskuksen päivystysaikojen ja – paikkojen vaikutusta (Vaikuttaako päivystyspaikan vaihtuminen hoidon piiriin hakeutumiseen?)
- onko haastateltava tyytyväinen terveydenhuollon palveluihin?
- mitä parannusehdotuksia / toiveita/pelkoja tai epäilyksiä haastateltavalla on suhteessa terveyspalveluihin.



Nämä kysymykset olivat ohjeellisia. Niitä oli tarpeen tarkentaa useissa haastatteluis-  
sa.

Haastatteluja oli kaikkiaan kymmenen. Niistä viisi toteutui Pihlajavedellä ja viisi Pappilanniemessä. Kaikki haastattelut tehtiin vastaajien kotona. Yksi toteutui pihapiirissä puutarhan penkillä ja muut keittiön tai olohuoneen pöydän ääressä. Viidessä haastattelussa oli läsnä aviopari. Näistä kahdessa myös perheen lapset olivat kotona. Lapsilla oli välillä asiaa vanhemmilleen, mutta se tai viereisessä huoneessa tapahtuneet lasten leikit eivät häirinneet haastattelujen sisältöä. Haastateltuja henkilöitä oli yhteensä 15. Heidän ikänsä vaihteli 36 vuodesta 89 vuoteen. Haastattelujen pituus vaihteli runsaasta yhdeksästä minuutista 44 minuuttiin.

## TAULUKKO 2. HAASTATTELUIEN KESTO

P1n	P2p	P3p	P4p	P5m
34 min 23''	38 min 33''	17 min 07''	20 min 58''	9 min 06''
K1n	K2n	K3n	K4p	K5p
34 min 45''	24 min 42''	26 min 39''	44 min 24''	11 min 49''

Analyysiyksikkönä on haastattelussa esiintynyt ajatuskokonaisuus. Luokkien pelkistytksen jälkeen ne esitellään purkaen samalla luokan ilmaistua merkitystä luvussa 5. Abstrahointina kuvaillaan tutkimuksen tulosten liittymistä aikaisempaan tutkimukseen osittain luvussa 6 sekä tutkijan arvioita luvussa 7. Aineistosta nousevaa hoitoon hakeutumisen teoriaa hahmotellaan luvussa 8.

Haastattelujen litteroinnin jälkeen etsittiin aineistossa esiintyviä yhteisiä ilmiöitä. Sitä varten litteroinnit käytiin läpi kopioiden löytyneet ajatuskokonaisuudet väliotsakkeiden alle. Kunkin aihepiirin alle tulivat siis kaikkien kirjoittajien kokemukset tästä aiheesta. Tähän poimittiin mahdollisimman tiivis lainaus, joka kuvaisi aihepiiriä haastattelun näkökulmasta. Lainauksista koostui 44-sivuinen tiedosto 1:n rivivälillä kirjoitettua tekstiä. Koosteelle annettiin nimi ”Ryhmittelyä”. Hoitoon pääsyn kokemuksen kannalta merkittäviä aihepiirejä, luokkia, löytyi 14. Luokiksi muotoutuivat **tyytyväisyys, hoitoon hakeutumisen syy, kulkuneuvo, julkinen vai yksityinen, päivystyspaikka, oikeudenmukaisuus, odotusajat, tasa-arvo, henkilökunnan laatu, väärän hoi-**

***don kokemukset, epätietoisuus, seututerveyskeskus, vanhat ajat ja parannusehdotukset.***

Aineiston hallinnan avuksi koottiin aihepiireistä ja niiden esiintymisestä Excel-  
taulukko. Siihen merkittiin kunkin haastattelun jokaista teemaa koskevat näkökohdat,  
lausumat. Lausuma on puhtaan ja yksinkertaisen asian asiaankuulumatonta ainesta,  
mutta kieli ja lausumat kuuluvat eri olemassaolojen tasoille (Foucault 2005, 114–115).

Kaikki teemat eivät esiintyneet jokaisessa haastattelussa, sillä avoimet haastattelukysymykset sallivat vapaat vastaukset. Vähiten näkökohtia, 6 kahdelta vastaajalta, tuli otsikon ”Vanhat hyvät ajat” alle. Taulukko nimettiin sanalla ”Luokittelu”.

Tämä kaksisivuinen A3-  
taulukon avulla koottiin induktiivisesti muodostettujen luokkien sisältöä. Kussakin luokassa tulevat siten esitetyksi kaikkien haastateltujen näkemykset tiivistettynä. Tämä menettely suojaa haastateltujen henkilöllisyyttä. Jotta luokkien kuvailusta tulisi ymmärrettävää, ilmauksia täydennetään liittämällä ne asian vaatimiin yhteyksiin. Analysoinnin yhteydessä vastauksia liitetään haastattelun kontekstiin. Kutakin luokassa ilmenevää teemaa pyritään arvioimaan siten siten, että ilmiön merkitys haastattelulle tulisi selväksi lukijalle. Luvussa viisi yhdistettiin oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus samaan alalukuun. Vanhat hyvät ajat ja seututerveyskeskus sisällytettiin lukuun 6, sillä muistot toimivat kirjallisuuden tapaan vertailuaineistona ja seututerveyskeskusta koskevat arviot vertautuvat tuolla paikalla kirjalliseen lähteeseen.

Haastateltavien anonymiteetin säilyttämiseksi näkökulmaa valaistaan harvakseltaan kuvaavalla lainauksella. Koska aineistosta olisi varsin helppo tunnistaa yksittäinen vastaaja, lainauksen yhteydessä on ilmoitettu muutaman kerran pelkästään vastaajan sukupuoli ilman paikka- tai haastattelun numerotietoa, ilmaistu pelkkä haastattelun sukupuoli tai poistettu haastattelun numero.

Keuruun-Multian terveyskeskuskuntayhtymän ylilääkäri Tuomo Reinalta kysyttiin hänen käsitystään tutkimusluvan tarpeellisuudesta sähköpostilla 8.4.2010. Hänen mielestään lupa ei ollut tarpeen tämänkaltaisessa tutkimuksessa.

Hoitoa hakevan asemoituminen suhteessa palvelun tuottajatahoon ja subjektiivisuus palvelun hakemisessa ovat diskursiivisen tarkastelun kohteena. Lähtökohtana on haastattelun kertomus. Haastateltava ja haastattelija ovat tällöin diskurssin osatekijöitä ja säännöstön kohteita. Argumentoinnin analyysi on yksi mahdollinen diskurssianalyysin alalaji. Siinä tarkastelun kohteena ovat puhetapa, retoriset strategiat, vakuuttelut ja kielikuvat, puhujan asemoituminen, luokitukset, puolustautuminen, suhde yleisöön ja tosiasioiden rakentuminen kuvausten perusteella. Merkityssysteemien ja merkitysvälitteisen toiminnan huomioiminen kuuluvat menetelmään oleellisena osana. Diskurssianalyysillä voidaan tarkastella keskustelua tai kirjoituksia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka. 2006, Diskurssianalyysi). Diskurssista voidaan käyttää suomenmenosta 'merkityksellistämisen järjestelmä' (mm. Kannisto 2008, 13). Diskurssianalyysin näkökulmat olivat tutkimuksen apuvälineitä merkitysten mielessä tapahtuvassa pohdinnassa (ks, Hannula 2007,118). Hoitoon hakeutumisen (luvussa 8.1) teoriaa tuetaan aineistosta nousevilla esimerkeillä. Tämä kuuluu induktiivisesta analyysistä nousevaan grounded theory -menetelmän perinteisiin (Koskela 2008,101, Siitonen, 1999, 3.4.)

## **6 EPISODEISTA TUTKIMUSTULOKSIIN**

### **6.1 Tyytyväisyys on koettua laatua**

Haastattelu avattiin kysymyksellä ”Miten koet terveyspalvelujen saatavuuden täältä asuinpaikastasi katsoen?” Niinpä ensimmäiset lauseet sisältävät ilmaisun haastattelun tyytyväisyydestä tai sen asteesta ja sen jälkeen kerrotaan perustelu tai poikkeus. Tämän luokan vastaukset ilmaisevat tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä sekä kertovat pääasiallisimman seikan, mikä on vaikuttanut tyytyväisyyden kokemiseen.

Kaikissa haastatteluissa esiintyy jonkinlainen tyytyväisyyden tai tyytymättömyyden ilmaus koskien hoitoon pääsyä. Neljässä haastattelussa ilmaistaan tyytymättömyyttä, kahdessa puolisoiden näkemykset menevät ristiin, yksi haastateltava ei osaa tai halua sanoa suoraa vastausta ja yksi kokee hoitoon pääsyn toimivan hyvin. Suora kysymys tyytyväisyydestä tuotti myönteisen vastauksen kahdessa haastattelussa. Niissä kuitenkin myös kritisoidaan julkista terveydenhuoltoa ja kerrotaan saaduista huonoista kokemuksista. Kolmessa haastattelussa todetaan terveydenhuollon palvelujen kehittyneen myönteiseen suuntaan. Tällä tarkoitetaan vastaanottoaikojen saatavuuden paranemista.

Kahdessa haastattelussa ilmaistaan päivystys- tai ajanvarausvastaanotolle pääsemiseksi tarvittavan paljon työtä. Varsinkin ajanvaraukseen pääsy koetaan vaikeaksi. Asuinpaikasta riippumatta puhelimella ajanvarausta yrittäneet ovat soittaneet pitkään ja useita kertoja. Koska puhelut ovat katkenneet ennen kuin ajanvaraus on vastannut, muutamat ovat käyttäneet kahden puhelimen taktiikkaa päästäkseen läpi. Yhden kerran yllättävä vastaus aiheutti soittajan häkeltyksen, eikä hän kyennyt selittämään asiaansa vastaanotossa työskentelevälle hoitajalle. Haastatellut kertovat myös kännykän akun tyhjenemisestä ennen vastauksen saantia. Useimmiten soittajille kerrottiin lopulta, ettei jaettavia aikoja enää ollut. Oman asian jääminen ilman hoitoa on herättänyt turhautumisen tunnetta ja tyytymättömyyttä. Näissä tilanteissa vuorovaikutuksen ensimmäinen taso asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä ei päässyt alkuun (ks. Pelkonen & Perälä, 64).

Tyytymättömyyttä aiheuttaa mm. se, ettei särkeen oltu saatu apua tai vaivaan oli määrätty särkylääkettä ja sanottu ”katsotaan nyt”. Selvät vaivat ja sairaudet ovat tulleet hoidetuksi epäselviä nopeammin. Kivun hoito näyttää olevan herkkää arvostelulle. Sitä arvosteltiin myös Hutun ja Kukkuraisten tutkimuksessa.

Kaksi haastateltua kertoo saapuneensa terveystieteiden keskuksen jonottaakseen vastaanottoaikaa. Pappilanniemessä asuvan kokemus on, ettei millään saa aikaa, ”vaikka kuinka istuisi”. Istumisella hän tarkoittaa ajanvarauksen odottamista terveystieteiden keskuksen aulassa sekä istumista kotona soittaen puhelimella varattuun ajanvarauksen nume-

roon. Pihlajavedeltä ajanvaraukseen pyrkinyt valmistautui lähtöön hyvin jo edellisenä päivänä.

*Pn1: Ajattelin, että lähden huomenna ennen kuutta terveyskeskukseen jonottamaan. Suunnittelin olevani siellä puoli seitsemän aikaan. Laitoin auton lähtövalmiiksi ja rahapussin piirongin laatikkoon. Kuinka ollakkaan, istuin keinutuolissa ja nukahdin. Herättyäni katsoin kelloa. Se oli puoli seitsemän tai vähän ylikin. Kauhistuini myöhästymistäni ja lähdin kiireesti ajamaan. ”*

Herättyään torkuilta keinutuolistaan hän luuli nukkuneensa yön yli ja myöhästyvänsä. Useita kilometrejä ajettuaan hän ymmärsi auringon suunnasta, että olikin vielä ilta. Seuraavana aamuna hän oli terveyskeskuksessa kello kuuden jälkeen, jolloin siellä oli jo paljon ihmisiä odottamassa kahdeksalta annettavia vuoronumeroita. Haastateltava sai tuolla matkalla ajan lääkärille. Vastaanotto toteutui useiden päivien kuluttua. Yhden vastaanottokäynnin vuoksi ajettavaa matkaa kertyi 2,5-kertaisesti edestakaiseen matkaan nähden. Kertomuksesta tulee esille vastaajan tyytymättömyys ajanvarauksen vaikeuteen. Sen vuoksi vastaaja oli käyttäytynyt omissa silmissään naurettavasti, vaikka pyrkimyksenään oli ollut ehtiä hyvin suunnitellusti ajanvarausjonoon.

Useat haastateltavat uskovat, että ajanvaraus ei ollut vuosi sitten mahdollista tavalliselle työssä käyvälle tai yrittäjälle. He arvelevat eläkeläisten vieneen ajanvarausajat. Tähän tulokseen he olivat tulleet, koska mikäli he lopulta saivat yhteyden ajanvaraukseen, heille ilmoitettiin kaikkien aikojen olevan jo varattuna. Ajanvarauksen ongelmat saattavat kertoa tehottomuudesta, sillä yhteyden saamisen ongelmat ovat mm. Aaltosen ym. mukaan tyypillisempiä vähemmän tehokkaissa yksiköissä (Aaltosen 2009, 43).

Viimeaikojen kokemukset ovat olleet useille vastaajille parempia. Ajanvaraukseen saa soittaa kaikkina päivinä ja sitä kautta voi saada puhelinajan lääkärille. Puhelinajoista myönteisesti puhuu kaksi Pihlajavedellä asuvaa ihmistä ja yksi pappilanniemeläinen. Yksi Pappilanniemessä asuva haastateltava ei ole tyytyväinen puhelinvastaanottoon. Hän pitää parempana tavata lääkäri kasvoista kasvoihin.

Koska haastattelukysymyksessä ei rajoitettu terveyspalveluiden antajaa, vastaukset jakautuvat hieman koskemaan erilaisia terveyspalveluja. Yksityiseen lääkärin vas-

taanottoon ollaan tyytyväisiä. Yksityishoidosta koetaan myös päästävän nopeammin jatkohoitoihin. Myös kunnallinen hammashoito ja työterveyshoito saavat tyytyväisyysmaininnan.

Tyytyväisyyden perusteluiksi mainitaan mm. odotettua laaja-alaisempi palvelu. Yksi haastateltava ilmaisee tyytyväisyytensä takana olevan hänen oma-aloitteisuutensa ja röyhkeytensä. Ilman niitä hän arvelee asiansa jäävän hoitamatta. Terveyskeskushan ei etsi asiakkaita. Toisaalta hän arvelee myös tuttuuden vaikuttavan: tutut hoitajat ja lääkäri avaavat ovia.

Tyytyväisyyden aihe on myös se, että todellisessa hätätapauksessa pääsee lääkärin vastaanotolle. Lasten vastaanotolla käynnit järjestyvät aikuisia sujuvammin, mitä pidetään hyvänä.

Useat vastaajat kokevat olevansa pakotettuja käyttämään terveydenhuollon palveluja, koska heillä ei ole muuta. Kuvaava on myös yhden haastatellun toteamus:

*M: ”Kyllä sieltä aina avun saa lopulta, jos pysyy hengissä.”*

Haastateltavat sallivat koviakin kokemuksia ja pettymyksiä julkisessa terveydenhoidossa antaen niistä huolimatta myönteisen lausuman kokemuksistaan. Potilaana oleilla voi olla useita huonoja kokemuksia, joita seuraa avun saaminen ”lopulta”. Vain hellittäminen tuottaa tyytyväisyyden.

Potilaana olevat ovat tyytymättömiä avun saannin hitauteen silloin, kun he ovat päätyneet avun hakemiseen. Kärsimättömyys on suurempaa, jos potilaalla on kipuja tai jos hän on aikaisemmin ollut samassa tilanteessa ja apu on jäänyt silloin vaillinaiseksi.

Puolisoiden mielipiteiden jakautumiseen vaikuttavat useat seikat. Oleellisin erilaisen vastauksen selittäjä löytyy perheen sisäisistä rooleista. Toinen puolisoista (aineistossa vaimo) on saattanut tehdä paljon työtä saadakseen lapselleen ajan lääkärin vastaanotolle. Hänen on täytynyt ehkä soittaa kauan varattuun päivystysnumeroon, selittää oireita ja kokea huolensa vähättelyä. Mies kokee lääkärissä käynnin lapsen kanssa sujuvaksi, kunhan odotusaika on alle tunnin.

Yksi vastaaja on yksiselitteisen tyytyväinen terveyspalveluihin. Hän oli tarvinnut lääkärintodistusta ajokortin uusimiseen. Tämä henkilö muistaa kaiken menneen aivan toivotulla tavalla. Tämän henkilön syytä hakeutua lääkärin vastaanotolle voidaan nimittää ulkoiseksi: aloite ei tule hänen kehostaan tai mielestään vaan postitse Liikenteen turvallisuusvirastosta, Trafista. Mahdollinen aikataulujen ongelma ei sekään ensisijaisesti synny ajokortillisen henkilön ja terveyskeskuksen ristiriitana. Perusasetelma on viranomaisten välinen: Trafi, terveyskeskus ja poliisilaitos joutuvat sovittamaan aikataulunsa takarajana ajokortin vanhenemispäivä. Kun tämä kolmen viranomaisen yhteistyö toimii, asiakkaalla ei ole aihetta valittaa. Tarkistin tämän arvion paikkansapitävyyden haastatellulta 22.10.2010. Haastatellun mielestä asia on juuri kuvaillulla tavalla.

Aineistossa esiintyy eri työntekijäryhmiin kohdistuvaa tyytyväisyysarviointia. Sairaanhoitajat ovat tärkeällä paikalla hoitoon tullessa. He lajittelevat ”tapaukset” siten, että kiireellisesti hoitoa tarvitsevat pääsevät muita nopeammin lääkärin vastaanotolle. He myös ohjaavat potilaita päivystyksen vaihtumisen taitteissa Keuruulle tai Mänttään sekä päivystykseen ohjeellisia tuloaikoja antamalla. Keskussairaalan jatkohoitojonoja ohjaavalla sairaanhoitajalla on tärkeä tehtävä pitää huolta kutsuttavien jonosta. Hänellä uskotaan olevan valtaa nostaa potilaita jonon ohi, järjestää papereita pinon päällimmäiseksi tai ainakin jonossa ylemmäs. Terveyskeskuksessa sairaanhoitaja on myötävaikuttamassa siihen, että potilas pääsee jonon ohi.

Sairaanhoitajien tapaa kohdata asiakkaat arvostetaan. Vastaajat kehuvat sairaanhoitajaa silloinkin, kun kokemus lääkäristä on negatiivinen. Sairaanhoitajista esiintyy vain yksi kielteinen arvio. Hoitaja oli kysynyt, oliko potilas työelämässä. Kielteisen vastauksen jälkeen potilas oli lähetetty kotiin. Myöhemmin todettiin, että vamma olisi vaatinut kipsin. Vastaaja on tulkinnut tapahtuneen ikäsyrrjinnäksi. Hoitotyössä eläytymistä potilaan asemaan sekä aistien valpasta käyttöä pidetään välttämättöminä taitoina ja niitä opetetaan ammatin perusopetuksessa (Kristoffersen, Norvedt & Saug 2006, 29). Vuorovaikutustaidoilla ja empatialla on ilmeinen myönteinen vaikutus asiakkaiden kokemuksiin.

*M: ”Lääkärit ovat toista maata!”.*

Käsitykset lääkäreistä vaihtelevat laidasta laitaan. Kriittisimmät arviot tulevat sellaisista kokemuksista, joissa useat hoitokerrat eivät olleet tuottaneet tulosta. Samoin arvostellaan jäämistä vaille jatkohoitoa. Yksi vastaaja kertoo lääkärin olleen niin kiireinen, ettei hänelle ehtinyt valittaa vaivojaan. Myönteisiä arvioita lääkäristä tehdään silloin, kun hoito osuu ensimmäisellä kerralla kohdalleen tai kun lääkärin vastaanotolle pääsee tuttuuden perusteella. Kahta omalääkäreä kehuttiin heidän pätevyytensä vuoksi ja yhtä hammaslääkäreä ”ihanuudesta”.

Myös kotikäyntejä tehneet terveydenhoitajat ja keskussairaalan fysioterapeutit koetaan apua antavina henkilöinä. Fysioterapeuttien aktiivisuutta apuvälineiden tarjoamisessa ja hakemusten vireille laitossa arvostetaan. Yhdelle vastaajalle on merkityksellistä, että taloudessa käy siivooja silloin tällöin. Haastateltu kuitenkin pahoittelee, ettei siivoojalla liikene aikaa ikkunoiden pesuun. Sodassa haavoittunut vastaaja arvelee palvelun tarpeensa kasvavan iän mukana. Hänelle tärkeää ovat uimahalli- ja ruokapalvelut.

Tuttuus tarkoittaa lääkärillä tai hoitajalla toisinaan olevaa tietoa hoidon tarpeesta. Tällainen tieto on mahdollista esimerkiksi silloin, jos vastaaja on kokenut vaikean sairauden. Hoidon myötä syntynyt lääkärin ja potilaan välinen suhde lähestyy tuttavuus- tai ystävyyssuhdetta. Potilaille lääkäri on silloin enemmän kuin paikallismaantieteen perusteella määräytyvä omalääkäri. Häneltä saattaa odottaa ja saada tilaisuuden jonon ohittamiseen ainakin joskus. Tätä kuvaa hyvin erään vastaajan sanonta ”välistä välistä”. Hän tarkoittaa sillä, että lääkäri ottaa hänet joskus vastaan muun jonon välistä.

Hoitajat ovat ottaneet vastaan vastaanottoon kohdistuvaa painetta voimatta vaikuttaa järjestelmän toimintatapaan, mm. ajanvaraukseen. Haastateltavien sairaanhoitajista antamien myönteisten kommenttien määrä on heidän asemaansa nähden yllättävän suuri. Tämä osoittaa, että hoitajat ovat kyenneet kohtaamaan potilaita heitä tyydyttävällä tavalla.



	Tarkoitus toteutuu	Tarkoitus ei toteudu
Kerrasta poikki	<b>A. KULUTTAJA</b> * yhden kerran käynnit terveyskeskuksessa, yksityisellä vastaan- otolla tai ulkomaisen terveyspalvelun tarjoajalla	<b>C PUDOKAS</b> * ei tiedä hoitopaikkaa * ei saa yhteyttä vastaanottoon * paranee ennen yhteyden saantia * kieltäytyy hoidosta
Hoitoketju	<b>B ASIAKAS</b> * tutkimuksia, jatko- tutkimuksia, hoitojonossa, odotusajat kohtuullisia tai vauhtia yksityiseltä	<b>D POTILAS</b> * katsotaan, kokeillaan diagnoosista ei varmuutta * ei osaa kertoa vaivaansa * monisairas * ei kuulu meille (päihde / mt-ongelma

**KUVIO 1. Terveystenhuollon käyttäjät hoidon tarkoituksen ja hoitokertojen mukaan**

Tyytyväisyyden perusteella vastaajat voidaan asemoida nelikenttään, jossa verrataan hoitoon hakeutumisen tarkoituksen toteutumista käyntien määrään. Kerrasta poikki – kategoria tarkoittaa hoidon saamista yhden käynnin avulla tai sitä, että hoitoon ei ole onnistuttu pääsemään. Hoitoketju tarkoittaa hoidon jatkumista useammalla käynnillä. Koska (Grounded Theory’n) induktiivisesti luotu nelikenttä on vahvistettava deduktiivisesti alkuperäisaineistolla (Koskela 2007, 101), liitän esimerkkeihin lainaukset aineistosta.

A-ryhmän henkilö saa avun vaivaansa. Hän tietää usein jo apua hakiessa, millaista tuon avun tulisi olla. Hän osaa valita tarkoitukseen sopivimman palvelun järjestäjän joko julkiselta tai yksityiseltä puolelta. Hän on post- tai ultramoderni kuluttaja, mutta ryhmään kuuluvat myös flunssainen ja krapulainen työntekijä.

*N: ”Mutt sitte, mullahan on ollu, kun minä oon ollu niin röyhkee, että minä soitan sinne ja vaadin.. ja sitte minulle monesti riittää lääkäriinkin soitto, että ei se tarte aina vastaanottoo...”*

B-ryhmän henkilöä voidaan pitää terveydenhuollon asiakkaana. Hänelle löytyy diagnoosi ja siihen tarkoitettu hoito, joka voi porrastua vaihtelevasti. Asiakas on valmis hankkimaan palvelun myös ”tiskin alta” tai toiselta palvelun tarjoajalta.

*M: "Ja se lähti heti hakemaan siitä lääkäriä jo sitten. ja tuota se menikin sitten tuota sieltä että mä pääsin Kuopioon yhtäkyttä.. tutkimusten jälkeä."*

*Kn1: "Nii.. Että mä oon kyllä sitte, jos mä oon todennu, että sitä apua ei oo tullu, niin mä oon kyllä aika herkästi menny yksityispuolelle.. Mutta on mulla sellanekin kokemus, että vaikka täältä on lähetetty keskussairaalaan, niin keskussairaala on palauttanut minut pois. Ja täyty mennä yksityisen kautta. Ja sitten asia hoitu sitä kautta."*

*H: "että yksityisen kautta on hoitunut semmoinenkin, mikä ei ..(keskussairaalan kautta)?"*

*Kn1: Mm.. Nii.*

C-ryhmään kuuluvat henkilöt, jotka eivät tiedä terveyspalvelusta, eivät onnistu saamaan sinne yhteyttä tai jotka eivät huoli siellä tarjotusta avusta. Osa tämän ryhmän ihmisistä paranee ennen yhteyden järjestymistä. Heidän kohdallaan muodostuu selvä hoitoaukko. Ryhmän nimi "Pudokas" kuvaa tämän ryhmän henkilöiden putoamista hoitoaukkoon.

*N: "Mutta ei me .. ei taho lääkärin vastaanotolle päästä, et vaikkahan istuis kuinka."*

*M: "No, ne on.. ne on."*

*N: "Puhelimen ääressä saa kauannii istua. (naurahdus)"*

D- ryhmä voi olla terveyspalveluiden suurkuluttajia, sillä he eivät saa apua vaivaansa. Syynä voi olla diagnoosin tekemisen vaikeus, sekava oireisto ja moniongelmaisuus. Palvelun tuottajat saattavat kinastella siitä, kenelle palvelun tuottaminen kuuluu. Palvelun käyttäjästä muotoutuu kestopotilas, joka kohtaa osittaisen hoitoaukon.

*N: "... ja kuvattiin, mut siinä tuli pieni haksaus, että hän laitto vielä viikoks kottiin, se lääkäri. Ja tuota sitten taas taksilla Keuruulle kuvaan ja suoraan sitten keskussairaalaan ja se leikattiin samana päivänä. Se oli tää oli kaikki mäskänä. Ja tota, sittenhän minä jouduin käymään tarkastuksessa. Ensimmäisen kerran, kun kävin niin se ei ollut mennyt umpeen. Se sano niin se lääkäri, että ei ollut mennyt umpeen, kun siinä on niin paljon sitä traumaa, niin.."*

Jakautuminen eri ryhmiin ei ole tasaista. C- ja D-ryhmään kuului vähemmän haasteltavia kuin A- ja B-ryhmiin.

## 6.2 Ei sinne pikkuvaivoista

Yleensä hoitoon hakeudutaan sairauden vuoksi. Jos vaiva on jatkuvaa tai paheneva, se lopulta vaatii hoitamista. Myös yllättäen tulleet merkittävät oireet ajavat vastaanotolle. Tavallinen kuume tai flunssa ei useimmille vastanneille riitä vastaanotolle lähtemisen syyksi, vaan oireiden täytyy olla vakavampia.

Ajokorttiaan uusinutta lukuun ottamatta muiden vastaajien syyt hakeutua hoidon piiriin olivat sisäisiä. Sairaus, olotila omassa kehossa tai mielessä, saa aikaan tarpeen mennä lääkärin vastaanotolle. Nämä henkilöt kokevat hoitoon pääsyn esteet ja hidadeet kielteisemmin, jopa uhkaavina. On ilmeistä, että lähes kaikki muutkin haastatellut olivat käyneet myös ajo-oikeuden vaatimassa tarkastuksessa. He eivät kuitenkaan kerro niistä kokemuksistaan. Syy on ilmeinen: he eivät pidä ajokortin vuoksi tehtyä lääkärintarkastusta hoitoon hakeutumisen kaltaisena ”oikeana” lääkärin vastaanottona. Ajanvarauksen toimivuus ”ulkoisen” tai ”sisäisen” syyn tilanteissa lienee jokseenkin samanlaista. Ero on asiakkaan kokemuksessa: ulkoiseksi koetusta syystä ollaan valmiimpia odottamaan pitempään kuin koetun sairauden vuoksi pidetään kohtuullisena.

Yksi haastateltava Pappilanniemestä oli ”pakotettu” hoitoon, vaikka hän ei ollut itse ymmärtänyt hoidon välttämättömyyttä. Pakottajana olivat lääkärin lisäksi potilaan läheiset ihmiset, jotka neuvoivat seuraamaan lääkärin ehdotusta. Haastateltava ilmaisee tämän pakottamiseksi, vaikka kysymys ei ollut pakkohoidosta. Haastatteluhetkellä hän ymmärsi tapahtuneen tarpeelliseksi.

Yksi henkilö tunnustaa lähtevänsä joskus lääkärin pakeille varmuuden vuoksi. Hänellä aikaisemmin ollut vakava sairaus on herkistänyt sairauden kokemukselle. Hän arvelee hakevansa apua silloinkin, kun se ei olisi aivan välttämätöntä. Näihin hetkiin sisältyy pelkoa sairauden uusiutumisesta. Hän myös kertoo pitävänsä tapanaan käydä kerran vuodessa lääkärin tarkastuksessa. Tätä käyntiä hän vertaa auton vuosikatsastukseen.

Hammashoidon syynä voi olla vaiva tai halu tarkastaa suun kunto. Lapsilla voi olla oikomishoitoja.

Yksi haastateltu ymmärsi kysymyksen tarkoittavan hänen tärkeänä pitämäänsä yksityistä terveydenhoitoa. Hän perustelee naapurikunnan yksityisen terveystalouden käyttöä: ”Pakko lähteä, jos paikkakunnalla ei ole palvelua.” Hänelle palvelun etäisyys merkitsee valinnan vapauden kaventumista. (Vrt. Koivusalo, Ollila ja Alanko 2009, 17).

Silloin kun sairauskohtauksen tai voinnin nopean heikkenemisen vuoksi on paikalle soitettu sairausauto, vastuu lääkärin vastaanotolle lähtemisestä siirtyy ensivasteen henkilöstölle. Yksi haastateltu kertoo patistaneensa sairausauton henkilöitä apua saadakseen.

Hoitoon hakeutumisen oletuksena on että haitta lievenee hoidossa. Jostakin on saatava apua ennen kuin vaiva käy sietämättömäksi. Pakko- ja pakotettu-sanojen käyttäminen viittaa sisäiseen pakeroon. Harkinta tapahtuu kasvavan sisäisen pakon aikana. Läheisen ihmisen tai terveydenhuollon työntekijän ehdotus hoidon järjestämisestä voidaan kokea pakottamiseksi. Koska näissäkin tilanteissa päätösvalta on säilynyt potilaalla, ei ulkoista pakkoa ole ollut. Pakottamisen tunne on silloin potilaana olevan sisäisen maailman vastausta ulkoiseen ehdotukseen.

Keskussairaalan potilaat ilmoittavat menevänsä määräaikaan tarkastuksiin tai laboratoriotarkastuksiin kutsusta.

### **6.3 Millä matkustettaisiin?**

Kaikki vastaajat ilmoittavat oman auton ensisijaiseksi kulkuvälineekseen terveystalouden luo. Oman auton käyttämisen edellytyksenä on ajamiseen riittävä kunto. Sairaauto oli ollut käytössä yhdellä Pappilanniemessä asuvalla ja kahdella Pihlajaveden vastaajalla. Kaksi haastateltua Pihlajavedeltä käyttää tarvittaessa taksia. Lapsiperheissä puolisoitten tehtävät jakautuvat usein siten, että toinen puolisoista on puhe- linyhteydessä terveyskeskukseen tai yksityislääkärin vastaanottoon ja toinen puolisoista kuljettaa lapsen vastaanotolle omalla autolla. Kaksi haastateltavaa kertoo

sairasauton pitkältä tuntuneesta odottamisesta. Alle 20000 asukkaan kaupungissa henkilöauto on käytössä 77 %:ssa terveyskeskusmatkoista (Aaltonen ym 2008, 92). Keuruulla ja varsinkin Pihlajavedellä tuo luku näyttäisi olevan vielä suurempi. Aineiston määrä ei anna mahdollisuutta tarkan arvion tekoon.

Vanhempien kustannusvastuuta on kasvatettu siirtämällä kouluhammashoidon kuljetukset koulutoimelta vanhempien vastattavaksi. Tämä näkökohta ilmaistaan Pihlajaveden perheissä. Tavallisimmin hammashoidon kuljetukseen käytetään omaa henkilöautoa. Kotimatka sairaalasta tapahtuu usein taksilla.

*P2m: ”..pisti ambulanssilla keskussairaalaan... Ja ne antoi jotta-kin ja ei ollut kuumetta sen jälkeen. Ja taksilla kotiin!”*

Kysymys kulkuneuvosta on hyvin käytännöllinen. Kuljetusvälineestä on kustannusvaihtokuituksia ja valittu tapa matkustaa vaikuttaa myös ajan käyttöön ja matkan teon vai-vaan tai mukavuuteen. Kulkuneuvon valintaan vaikuttaa myös kuljetettavan/kuljettajan kunto. Vakavan sairauskohtauksen vuoksi tilataan paikalle ambulanssi. Sen etuna on asiantunteva hoito jo matkan aikana. Taksin tilaajat ovat usein jo ennakoon selvillä mahdollisesta kansaneläkelaitoksen korvauksesta. Oman auton käyttäjät eivät usein vaivaudu tarkistamaan kelakorvauksen saamisen mahdollisuutta, koska oman auton käyttökorvaus tiedetään pieneksi.

#### **6.4 Julkinen vai yksityinen**

Vastaajien perusoletuksen mukaan apua haetaan julkisesta terveydenhoidosta. Yksityisvastaanotolle mennään silloin, kun julkinen terveydenhoito ei jostakin syystä toimi toivotussa ajassa. Muutamat haastatellut ilmoittavat menevänsä ”herkästi” yksityislääkärille. Syynä voi olla lyhyempi matka tai odotusaika. Seitsemän vastaajaa on käyttänyt yksityisiä hoitopalveluita. Tärkeimmäksi syyksi yksityispalveluiden käyttöön mainitaan julkisen palvelun hitaus tai se, ettei sieltä ole saatu apua. Useammat vastaajat kertovat *hakevansa vauhtia* yksityissektorilta. Tällä tarkoitetaan hoidon nopeaa järjestymistä joko yksityisellä tai julkisella puolella yksityislääkärin avulla. Lisävauhtia koetaan tarvittavan hoitojonossa ollessa tai diagnoosin toteamiseksi.

Yksityishoito koetaan julkista nopeammaksi ensimmäisellä hoitokerralla. Tähän vaikuttaa sovitun varausajan pitäminen sekä pääsy vastaanotolle usein jo samana päivänä. Julkisella puolella aloitettu sairauden hoito tai tutkiminen nopeutuu haastattelujen kokemuksen mukaan, kun jatkohoitoa odotellessa käännytään yksityislääkärin puoleen. Yksityiseltä lääkäriltä on mm. saatu lähete jatkohoitoon, vaikka se julkisella puolella oli evätty. Yksi vastaaja kertoo saaneensa terveyskeskuslääkäriltä asiallista kohtelua vasta käytyään yksityisessä hoidossa. Sitä ennen hän ei ollut mielestään tullut kuulluksi terveyskeskuksen vastaanotoilla.

Yksityisen hoidon sijoittuminen sairauden hoidon ajalliselle kaarelle vaihtelee. Joissakin tapauksissa hoitoon riittää yksi yksityiskäynti. Varsinkin lasten korvasäryn tyyppisissä sairauksissa tämä on tavallista. Yksi vastannut ilmoittaa käyneensä yksityisessä tutkimuksessa julkisen lääkärin aloitteesta. Syynä oli hänen mukaansa yksityisen hoitopaikan parempi tutkimuslaitteisto. Keski-Suomen Keskussairaala ostaa kuvauksia kilpailutuksen perusteella (Paatola, 2010). Yksi haastateltu kertoo olleensa leikattavana julkisessa sairaalassa. Hänelle on jäänyt sellainen käsitys, että hän kuitenkin oli yksityispotilaana. Aivan varma hän ei tuosta ole. Hän ei mielestään ole pyrkinyt missään vaiheessa yksityispotilaaksi.

*K2n : ”Minun ei ole koskaan tarvinnut. (mennä yksityiseen hoitoon). Olen aina mennyt lähetteellä, silloinkin, kun .. yksityinen lääkäri on leikannut.. sairaalan puolella.”*

Useissa kertomuksissa yksityislääkärillä käynti sijoittuu julkisen terveydenhuollon toimenpiteiden odottelun ja merkittävän hoitotoimenpiteen väliin. Potilas on tällöin itse aloitteellinen yksityisen terveydenhoidon suuntaan.

Yksityislääkäriin turvautuminen on hidastanut avun saamista yhden haastattelun kokemuksessa. Hän oli saanut diagnoosin virolaisen kylpylän lääkäriltä. Julkisella puolella diagnoosia ei uskottu kahteen vuoteen. *K4n: ”Ei ne pirulaiset tiedä”, niin ne sano.* Potilas kokee tämän virolaisen lääkärin taitojen vähättelynä. Kahden vuoden kuluttua hän sai saman diagnoosin julkisen terveydenhoidon sisällä ja hänen hoitonsa alkoi vasta tämän jälkeen.

Yksi kertomus on tarkemman analyysin arvoinen. Vastaaja kertoo olleensa keskussairaalassa tutkimuksissa. Hän ei päässyt jatkohoitoon. Tyytymättömänä hän hakeutui yksityislääkärille. Siellä hänet tutki sama lääkäri, joka keskussairaalassa eväsi jatkohoidon. Tämä lähetti potilaansa keskussairaalaan operoitavaksi. Viikkoa tai paria myöhemmin lääkäri teki tarvittavan jatkohoidon julkisen terveydenhoidon toimenpiteenä.

*K1n: ”Niin minä menin yksityiselle ja yksityinen lähetti minut magneettikuvaukseen ja sitten yksityislääkäri lähetti minut keskussairaalaan leikkaukseen.”*

Kertomus asettaa eettisyyttä mittaavia kysymyksiä. Mikä on yksityisvastaanotolla käynnin tarkoitus systeemin näkökulmasta? Jos sama lääkäri tekee hoitopäätöksiä sekä julkisessa että yksityisessä hoidossa, milloin hän on jäävi? Ohittaako yksityislääkärillä käynti julkisia potilasjonoja? Tässä kertomuksessa lääkärin toiminta näyttäytyy joko hoitovirheenä ja sen korjaamisena tai julkisesta potilasvirrasta yksityispuolelle höylättävänä hyötynä. Kolmas arvauksen suunta saattaisi osoittaa ristiriitaa julkisen terveydenhoidon toimintatapojen (priorisoinnin) ja lääkärin etiikan välillä.

Yksityisvastaanotolle hakeudutaan päiväsaikaan ja arkisin erityisestä syystä. Ilman tätä erityistä syytä kaikki haastatellut hakevat apua terveyskeskuksesta. Iltaisin ja viikonloppuisin hakeudutaan julkiseen terveydenhoitoon. Erityinen syy voi olla esim. odotusajan pituus, joka yksityisvastaanotolla on tarkemmin määritelty. Taustaineistoksi haastattelemieni lääkäreiden mukaan oletettavasti painavin syy on yksityisvastaanoton erikoislääkärin lähete, joka on terveyskeskuslääkärin lähetettä arvovaltaisempi. Tämä näkökulma ei tullut esille aineistossa. Yksi vastaaja kertoo valitsevansa yksityislääkärin, koska pitää samalla lääkärillä asioimista etuna. Asioita ei tarvitse selittää alusta alkaen jokaisella käynnillä.

Julkinen terveydenhoito saa aineistossa ripitystä puutteistaan. Varsinkin yhteyden saaminen, odotusajat ja jatkohoitoon pääsy tuottavat kritiikkiä. Samaa tyytymättömyyttä ei esiinny yksityisessä hoidossa. Koska molemmissa toimivat osin samat lääkäri, kysymys ei ilmeisesti ole hoidon laadusta vaan sen kokemisesta. Julkinen terveydenhoito ottaa vastaan suurempaa potilaspainetta. Lisäksi se toimii säädellyin verovaroin. Yksityisellä puolella asiakkaan lisävaatimus merkitsee myös kasvavia re-

sursseja. Asiakas maksaa (Kelan tukemana) sen mitä tilaa. On luonnollista, että aselma vaikuttaa jopa palveluasenteisiin.

Lääkäri-potilassuhteita kehittyi molemmissa palvelujärjestelmissä. Julkisella puolella asiakas ei voi valita yksittäisen vastaanoton lääkäriä. Lääkäreiden aluevastuun perusteella omalle lääkärille kertyy ajan myötä tapaamisia. Kaksi vastaajaa Pappilanniemestä piti tärkeänä tuntea lääkäriänsä myös henkilökohtaisella tasolla. Tämä on tuottanut joskus etuna pääsyn vastaanotolle ”takakautta” tai ”välistä”. Tämä tarkoittaa sitä, että lääkäri nipistää omasta ajastaan, toiset potilaat joutuvat odottamaan vähän pitempään tai molempia. Vastaajien kokemuksena tämä on joustavaa ja nopeaa palvelua. Tämä potilaiden oppima vastaanotolle pääsymenetelmä oli huomattu myös Helsingin terveystieteiden tutkimuksessa tehdyssä haastattelututkimuksessa (Kytö ym. 2008, 18).

Osalla haastatelluista yksityinen hoito oli lyhyemmän matkan päässä. Lisäksi muutamilla oli mahdollisuus käydä työterveydenhoidossa. Aineistossa näkyy, että työikäisillä ja kohtuullisesti toimeen tulevilla on käytössään kolme vaihtoehtoa terveystieteiden saamiseen. Pienituloisella eläkeläisellä vaihtoehtona on terveystieteiden keskus. Aineisto vahvistaa professori Keskimäen Suomen lääkäri-lehdessä antaman lausunnon (Tuominen, 3580–3582).

## 6.5 Missähän ne päivystää?

Haastatellut ovat tietoisia siitä, että Keuruun terveystieteiden keskuksessa ei ole kaikkina aikoina päivystysvastaanottoa. Useimmat osaavat nimetä Mäntän ja Jyväskylän korvaaviksi paikoiksi. Muutama tarjoaa myös Jämsää. Pihlajaveden vastaajat ovat kriittisempiä Mäntän päivystystä kohtaan. He kokevat sen merkitsevän turhaa lisämukautta matkalla Jyväskylään. Kolme Pihlajavedellä asuvaa toivoo mahdollisuutta asioida myös Ähtärissä. Yhden mielestä ei ole väliä missä päivystys on, kunhan se ei ole Jyväskylässä.



Kukaan vastaajista ei osaa kertoa täsmällisesti, milloin päivystyspaikka on muualla kuin Keuruulla. Tämä tietämättömyys on aiheuttanut muutamille tarpeetonta odotusta. Useimmat vastaajat ilmaisevat halunsaan mennä lähellä sijaitsevaan päivystykseen. Sinne päästäkseen ollaan valmiita kärsimään oireita, elleivät ne muutu liian ikäviksi.

<i>K4m:</i>	<i>Riippuu tilanteesta.. Täytyy tarkkailla omaa kehoa. Yleensä voi odottaa aamuun (päivystyksen alkamiseen omassa terveyskeskuksessa), mutta ei siitä voi olla varma.</i>
<i>K5m)</i>	<i>Kun koskee tarpeeksi, niin on pakko lähteä.</i>
<i>K2 n:</i>	<i>No, tietenkin on mukavampi käydä tässä tutussa paikassa..</i>
<i>H:</i>	<i>Oletko valmis kärsimään pientä kipua esimerkiksi yön yli?</i>
<i>K2 n:</i>	<i>Itse asiassa olen kärsinytkin. Mieluummin olen odottanut yön yli.. Keuruulle pääsyä, kuin lähtenyt Jyväskylään. Ja olen ollut helvetin kipeä!</i>
	<i>..</i>
<i>H:</i>	<i>Ja koko ajan paheni?</i>
<i>K2 n:</i>	<i>Ja koko ajan paheni. Ja aamulla olin sitten kuitenkin Jyväskylässä (naurua).</i>

Joskus päivystyspaikan vaihtumista on odotettu turhaan. Yksi haastateltu luuli päivystyksen olevan Mäntässä, vaikka oma terveyskeskus päivysti. Tauti paheni odottaessa.

Yksi vastaaja Pihlajavedeltä kertoo aina menevänsä päivystysvastaanotolle Keuruulle. Pihlajaveden asukkaat pitävät usein Mäntän päivystystä tarpeettomana. Sen sijaan toivotaan päästävän suoraan keskussairaalaan, missä on ympäri vuorokauden enemmän tutkimusmahdollisuuksia.

Päivystävän lääkärin sijaintia monimutkaisemmaksi yksi vastaajapari Pihlajavedeltä kokee hammashoidon. Vastaanottoja ja hoitoja on Keuruulla ja Haapamäellä. Lisäksi on otettava huomioon kouluhammashoito, joka on joillakin lapsilla naapurikunnassa. Vanhemmat kokevat, että heidän täytyy pitää tarkkaa kirjanpitoa ajoista ja paikoista mennäkseen oikean lapsen kanssa oikeaan paikkaan. Tosin juuri haastatteluajankohdan tilanne oli parempi, sillä kaikki hammashoito naapurikunnan kouluhammashoi-

toa lukuun ottamatta oli Keuruun hoitotilojen remontin vuoksi siirretty Haapamäelle. Tilannetta vaikeuttavat peruutukset, joita joskus sattuu terveyskeskuksen syistä.

Päivystyspaikan vaihtuminen aiheuttaa viivästymistä hoitoon pääsyssä. Tavallisimmin viivästymisen syy on potilaan halussa odottaa lähempänä olevan päivystyspaikan avautumista. Joskus viive aiheutuu väärinymmärryksestä: päivystys on luultua lähempänä tai kauempana tai hammashoito eri paikassa. Todellisen hoidon viivästyttää myös lähettäminen Mäntästä edelleen Jyväskylään.

## 6.6 Palvelun oikeudenmukaisuus ja tasapuolisuus

Haastatellut ilmaisevat pohtivansa oikeudenmukaisuuden kysymyksiä silloin, kun ovat kokeneet mielestään väärää kohtelua mutta myös silloin, kun palvelu on tavallista parempaa. Tavallista parempaa palvelu on silloin, kun asiakas pääsee vastaanotolle ”takakautta” (tuttuuden perusteella) tai ”välistä” (ajanvarausaikojen väliin). Palvelun mahdollistaa näissä tapauksissa lääkäri. Haastatellut kertovat myös muun henkilökunnan tuttuuden vaikutuksesta: tuttu hoitaja vie asiaa nopeammin eteenpäin. Tuttuuden ohella asiaan saattavat vaikuttaa haastatellun vaivat, jotka olivat ennestään tutun hoitajan tiedossa. Hoitajat ovat myötävaikuttamassa joihinkin ”takakautta” ja ”välistä” sattumuksiin, vaikka joskus ne tapahtuvat asiakkaan suoralla yhteydenotolla lääkäriin. Kaksi vastaajaa Keuruulta uskoo yrittäjän pääsevän hoitoon paremmin rajatussa ajassa kuin muun väestön. Muutamassa haastattelussa todetaan lasten olevan etuoikeutettuja nopeampaan hoitoon. Tämän käytännön oikeudenmukaisuutta ei aseteta kyseenalaiseksi.

Aineistossa uskotaan myös ikärasismiin. Neljä haastateltua uskoo korkean iän heikentävän varsinkin jatkohoitoihin pääsyä. Yksi vastaaja selittää tämän korkeaan ikään kuuluvalla toisella sairaudella, joka estää toisen vaivan hoitoa. Pihlajaveden vastaajat kertovat pappilanniemen asukkaita vähemmän iän haitasta hoitoon pääsyssä.

Keikkalääkärit heikentävät potilaan oikeutta hyvään hoitoon haastateltujen mielestä, koska vaihtuva lääkäri ei mahdollista hyvää lääkäri-potilassuhdetta. Potilas ei aina

huomaa kertoa kaikkea asiaan vaikuttavaa ja saa siksi vähemmän kohdalleen osuvaa palvelua. Tuttuun lääkäriin saatetaan luottaa, sillä hänen uskotaan muistavan jotakin tärkeää potilaan taustasta. Yksi haastateltu piti tuttua lääkäriä parempana kuin outoa keikkalääkäriä sen vuoksi, että vaikka tuo tuttu lääkäri olisi huonokin, häntä osattaisiin epäillä. Tuntemattoman lääkärin ammattipätevyyttä on vaikea arvioida. Vaikka tuttua lääkäriä pidetään tärkeänä, hyviä kokemuksia on kertynyt myös kerran tavatuista keikkalääkäreistä.

Kansaneläkelaitoksen tapa toimia aiheuttaa arvostelua. Monimutkaisimpia asioita tulee vastaan sellaiselle henkilölle, joka asuu vuoden mittaan kahdella paikkakunnalla. Hän joutui tekemään selvityksiä hoitoon hakeutumisen vaiheista useita kertoja. Hänen oli mentävä vastaanotolle ja hoidettavaksi kotikuntaan asuinkunnan sijaan. Vastaaja harmittelee sitä, ettei henkikirjoja voi ottaa kainaloon muuttaessa puoleksi vuodeksi toiseen kuntaan. Kelan matkakorvaukset eivät kata kuluja. Usein ne ovat niin pieniä, ettei oman auton käytöstä edes viitsitä hakea korvausta. Kouluhämähoidon kuljetusten kustannusten siirto koulutoimelta vanhemmille koetaan epäoikeudenmukaiseksi kahdessa vastauksessa.

Haastatellut ilmaisevat oikeudenmukaisuutta koskevia käsityksiä yksityislääkäri-terveyskeskuslääkäri-asetelmassa. Mahdollisuus saada hoitoonsa ”vauhtia” yksityislääkärin kautta on haastatelluille hyvä asia. Samalla vastaajat ilmaisevat huoltaan jonojen ohittamisesta. Kahdella tämä esiintyy kysymyksen muotoisena pohdintana: ”En kai minä siinä kenenkään paikkaa vienyt?” Keskustelututkimuksen havaintojen mukaan tällainen oman sanonnan liumentaminen vähemmän merkitseväksi tarkoittaa sitä, että haastateltava uskoo, että haastattelija ajattelee asiasta toisella tavoin. Kaksi haastateltua kummastelee julkista virkaa hoitavien lääkäreiden yksityisvastaanottoa. Ihmettelyn kärki koskee mahdollisuutta ohittaa oma julkisen viran hoitajana tehty päätöksensä.

Yksi haastateltu kertoo soittavansa jatkohoidon viivästyessä keskussairaalan osastolle, missä hyväsydäminen sairaanhoitaja siirtää hänen papereitaan jonon päällimmäiseksi tai eteenpäin. Hän korostaa muutoinkin oma-aloitteellisuuden tärkeyttä.

*K2n: "Sitten siellä hyväsydäminen tyttö nostaa aina pinnalle niitä papereita. pöyhii niin kuin ankan rahoja.."*

Yksi vastaaja ihmettelee terveyskeskuksen ylilääkäriltä saamaansa lähetettä omalle lääkärille. Hänen mielestään lähete olisi pitänyt kirjoittaa jatkohoitoon ylemmälle hoidon tasolle. Yhden haastatellun mielestä on kohtuutonta odottaa potilasta kuusi tuntia ennen kuin sovittu lääkärin soitto toteutui. Normaali alle kahden tunnin odottelu koetaan kiusalliseksi sen vuoksi, että puhelinta piti päivystää. Yhdelle vastaajalle tämä tarkoittaa sisällä oloa, sillä hän kuulee lääkärin puheen vain lankapuhelimesta, ei kännykästään.

Vastaajat eivät pidä lääkärin "katsotaan sitten" -vastauksista. Heidän mielestään potilas pitäisi tutkia paremmin jo ensimmäisellä kerralla. Huolestuneita ollaan myös erilaisista hoidon kokeiluista ennen kuin 5. tai 7. kokeilun jälkeen mahdollisesti lähettään keskussairaalaan. Yhden vastaajan mukaan syynä on terveyskeskuksessa selitys, jonka mukaan rajatapauksia ei saa lähettää keskussairaalaan. Hän oli saanut keskussairaalaan toisenlaisen vastauksen: "Kaikki epäillyt tapaukset on lähetettävä keskussairaalaan." Vastaajat selittävät tätä vastausten ristiriitaa arvelulla "Keuruu säästää." Toistuvista kokeiluista kiusaantuneita löytyy enemmän Pihlajaveden vastaajista.

Terveyskeskuksilla ei ole tapana ilmoittaa laboratorio- tai röntgentutkimusten tuloksista potilaille. Potilaan tulee itse kysyä näitä tietoja. Monet vastaajat pitävät tätä virheenä. Heidän mielestään tulokset pitäisi aina lähettää potilaille. Yksi henkilö uskoo potilastiedoissaan olevan toisen henkilön tietoja ja yhden tiedoista löytyi vastaanotolla diagnoosi, jota ei ollut kerrottu hänelle itselleen.

Joskus epäoikeudenmukaisuuden kokemus voisi muuttua oikeudenmukaisuuden kokemiseksi yksinkertaisilla ratkaisilla. Saako potilas tarpeeksi tietoa omasta asiastaan? Voisiko tutkimustulokset lähettää tekstiviestillä tai sähköpostilla? Epätietoisuudessa eläminen on useassa sairaudessa raskas vaihe. Siksi potilaan tutkiminen tulisi tehdä huolella. Turhaksi osoittautuva lähete maksaa, mutta niin maksaa myös hoitamaton sairaus.

Takakautta tai välistä ottaminen aiheuttaa jokseenkin aina jonon ohitustilanteen. Hoitotyössä jonon ohittaminen kiireellisyyteen vedoten on oikeutettua. Haastatellut eivät olleet varmoja tästä kiireellisyyjärjestyksestä. Hoidon odottaminen aiheuttaa jokaiselle jotakin haittaa. Odotuksesta voi muodostua yrittäjille jopa tulon menetyksiä. On vaikea arvioida tulon menetysten ja muiden haittojen keskinäistä oikeudenmukaisuutta. Yrittäjien saamaa mahdollisesti muita parempaa kohtelua ei arvosteltu muiden kuin yrittäjien toimesta.

Kotipaikkaoikeus on muuttumassa, mutta uudistus ei korjaa Kansaeläkelaitoksen tulkintoja kahdessa kunnassa saman vuoden aikana asuvan kohdalla. Ikärasismien oletus elää sinnikkäästi. Vastaajien havainnot lähipiiristään vahvistavat tätä käsitystä. Faktatietojen vähäisyyden vuoksi arveluja ei voi vahvistaa. Asia lienee tutkimisen arvoinen. Ikärasismiepäily rinnalla uskotaan, että iän myötä tulleet muut vaivat saattavat estää hoidon saantia.

Vaikein oikeudenmukaisuuskysymys lienee lääkäreiden sidoksissa yksityiseen terveydenhoitoon. Ongelma on rakenteellisempi kuin mihin törmätään yhden potilaan tapauksessa. Julkisen sektorin lääkärit omistavat merkittävästi yksityisiä lääkäriasemia. Lisäksi samat henkilöt voivat olla tekemässä päätöksiä tai esityksiä julkisen sektorin laitehankinnoista. Hankintoja ohjaamalla voidaan tuottaa etua omalle yksityispraktikalle. Itse potilaan ohjaus yksityiseen hoitoon saattaa näyttäytyä perusteltuna, jos julkiselta sektorilta puuttuu vastaava palvelu, esimerkiksi tutkimuslaitteisto. Yksityisen ja julkisen sektorin liitosta on muodostunut vallitseva käytäntö, jota rahoitetaan yhteiskunnan tuella, Kela-korvauksilla. Näin liikutellaan moninkertaisesti vaalitukijupakkaa suurempia summia. Asian eettisyys muuttuu entistä arveluttavammaksi, jos asiakas palkitaan yksityislääkärillä käynnistä päästämällä hänet julkisten hoitojonojen ohi. Tämän tutkimuksen avulla ei ole mahdollista todeta, onko asia näin. Oleellista on, että haastatellut arvioivat näin olevan.

Yleisesti terveyspalveluja pidetään tasapuolisina kaikille. Tämä näkyy tasapuolisuutta koskevien väitteiden vähäisyytenä. Yksi vastaaja perustelee toteamaansa tasapuolisuutta sanomalla: ”Kyllä siellä palvellaan juoppojakin samalla tavalla.” Vastaajalle päihdeongelmaiset toimivat tasapuolisuuden indikaattorina. Vastaajan näkemyksen

mukaan heidän itse aiheutettu hoidon tarpeensa olisi oikeuttanut syrjimään heitä potilasjonossa. Kun näin ei vastaajan havaintojen mukaan ole tapahtunut, päihdeongelmaisten kohtelu lujitti vastaajan näkemystä tasapuolisuudesta.

Kriittiset näkökohdat koskevat hoitoon pyrkivän ikää ja asuinpaikkaa. Muutama vastaaja epäili potilaan iän tai eläkkeellä olon rajoittavan hoitoon pääsyä. Yksi vastaaja uskoo, että kaukana keskuksista asuvia rankaistaan vaikealla hoitoon pääsillä. Yhden vastaajan mielestä yksityissektori toimii tasapuolisesti, mutta sitä ei haja-asutusalueella ole saatavilla.

Joidenkin vastaajien mielestä yksityisen ja julkisen terveystalouden välillä on tasavertaisuutta heikentävä kuilu: kaikilla ei ole samoja taloudellisia mahdollisuuksia yksityiseen hoitoon. Suurimmillaan tämä epätasa-arvo on silloin, kun yksityislääkäriltä ”haetaan vauhtia” julkisessa terveydenhoidossa saatavaan hoitoon. Vastaajat ovat valmiita ainakin joskus käyttämään tätä mahdollisuutta, vaikka ilmaisevat pitävänsä siitä periaatteessa vääränä tapana saada hoitoa.

Terveyskeskuksella on vankka asema kansalaisten terveyden hoidossa. Sen tasapuolisuuden uskotaan varsin pitkälle. Haja-asutusalueen epäilevät kommentit aiheutuvat lähinnä hankalasta pääsystä. Pääsyn hankaluus puolestaan aiheutuu palvelun etäisyydestä sekä ajanvarausjärjestelmästä saaduista kokemuksista.

Kysymys oikeudenmukaisuudesta on vastaajille tärkeä. Yhtä tärkeänä sitä pidetään julkisissa tahdonilmauksissa perustuslaista terveydenhuollon ohjelmien tavoitteisiin asti. Monista epäoikeudenmukaisuuden kokemuksista huolimatta ketään ei ole asetettu niistä vastuuseen.

## **6.7 Kauanko tässä vielä menee?**

Päivystysajan odotus yhteydenotosta vastaanotolle pääsemiseen vaihtelee miltei heti pääsemisestä yli yhdeksään tuntiin. Hätätilanteessa sekä todella vakavan epäilyn vuoksi odotusaika jää lyhyeksi. Lasten odotusaika on aikuisia lyhyempi, mutta van-

hemmat eivät osaa ilmaista odotusaikaa tarkasti. Yksi vastaaja ilmoittaa odotusajan olevan loton peluun kaltaista onnen odottamista. Lisäksi ”hässäkät”, yllättäen ilmaantuvat vakavat tilanteet, viivyttävät tavanomaisten päivystystapausten sisään-pääsyä. Nopeimmin vastaanotolle ilmoittaa pääsevänsä lähes pelkästään yksityisvastaanottoa käyttävä perhe. Sinne aika järjestyy nopeimmillaan alle tunnissa, mikä kuuluu suureksi osaksi matkaan. Tavallinen aika yksityisvastaanotolle pääsyyn on 3-4 tuntia yhteydenotosta. Paikan päällä joutuu joskus odottamaan puolisen tuntia. Tätä pidetään kohtuullisena. Yksi vastaaja kertoo hammaslääkäriin pääsyn viivästyneen. Vastaanoton ulko-ovi oli ollut lukossa.

Hoitoon pääsyn kokemus tapahtuu potilaan mielessä kaoottisessa tilanteessa. Hän on ehkä menettänyt tajuntansa, loukkaantunut tai havainnut sairauden, joka uhkaa hänen hyvinvointiaan tai jopa elämäänsä. Jos hoitajat ja lääkärit näkevät tilanteen potilaansa tavoin, hoitoon pääsy on ongelmaton. Tätä kuvaavat haastateltavien kommentit:

*Pn3: ”nii, nythän saa jo ihan muutamassa päivässä sen ajan, jos on hätä ja... Ja sitten, että eteenpäin pääsee paljon helpommin. Jos niinkun on semmonen tilanne, että tarvii erikoissairaanhoidon, niin se onnistuu..”*

-----

*Km4: ”Nii.. Mutta hätätappauksessa saa.. kyllä pääsee.”*

Haastatteluissa tuli esille myös muita (kyseenalaisia) syitä onnistuneeseen hoitoon pääsemiseen.

*N: ”.... Mutt tota nii, mun kohallahan se on , että kun minä kävelen sinne vastaanottoon, niin ei ne kehtaa kääntää minua takaisin. (naurua) että minä jos siinä saan sen..”*

Tässä haastateltu ilmaisee saavansa erikoiskohtelua tuttuuden perusteella. Hän ei kaihda käyttämästä tätä tuttuutta hyväkseen hoitoa saadakseen. Nauru tällä kohtaa ilmaisee toisten potilaiden ohittelusta koettua syyllisyyttä.

Varsin tavallista on, että lääkärin näkemys poikkeaa potilaan kokemasta. Tavallista on myös, että lääkärin näkemys poikkeaa toisen lääkärin tulkinnasta. Tämä tuli aineistossa esille jatkohoidon kokemuksena: toiset lääkärit eivät uskoneet potilaan Virossa

saamaan diagnoosiin. Yleisenä esimerkkinä voidaan mainita Kelan lääkäreiden potilasta näkemättä tekemät eläkepäätökset. Seuraavassa esimerkissä vastaaja oli oppinut odottamaan lääkäriltään tiettyä tapaa toimia ja tämä käsitys esti häntä samasta hoitoa.

*Pm3: "Käski hakeutua, tuota, omalääkärille jatkotutkimuksiin ja minä, (lääkäri nimi) oli siihen aikaan meijjän omalääkäri siihen aikaan, niin minä totesin, että se on aivan turha minun (lääkäri nimi):lle hakeutua, että se on, (lääkäri nimi) kahtoo sitä lähetettä ja "Ymm, no, tota, ymm, no.. Mene nyt kotia ja tule sitten jos jotain vaivaa ilmenee!"*

Ajanvarausvastaanotolle pääsy vaihtelee suuresti. Yrittäjä kertoo joutuneensa odottamaan yhdestä muutamaan päivään. Keuruulaisten odottama aika on 1-2 viikkoa, mutta yksi kertoo, ettei hän saanut aikaa lainkaan. Pihlajavedellä asuvien kokemukset ovat hitaampia kuin pappilanniemeläisten. Aikojen saamista pidetään heikosti toimivana, odotusaikaa hirvittävän pitkänä ja yksi kertoo luopuneensa toivosta ajanvarausta yrittäessään. Kerran yllättävä vastaus terveyskeskuksen puhelinnumerosta sai asiakkaan sanattomaksi, minkä seurauksena vastaamisen odotus alkoi alusta.

Jatkohoitoon pääsy vaihtelee välittömästä passituksesta kahteen vuoteen. Välittömästi hoitoon passitettu joutui kuitenkin jonoon useiksi tunneiksi keskussairaalan ensiavussa. Tästä aiheutui se, ettei liuotushoitoa voitu aloittaa. Pisin odotusaika ensimmäisistä sairausepäilyistä työterveyslaitoksella tehtävään tutkimukseen oli 16 vuotta. Yksi vastaaja arvelee että yrittäjä saattaa päästä vastaanotolle muita nopeammin, jopa alle kahdessa viikossa. Toinen yrittäjä, kertoo kuitenkin joutuneensa taistelemaan jatkohoitoon päästäkseen. Jatkohoitoa edelsivät kuukausien kokeilut. Pisimmillään nämä kokeilut lykkäsivät jatkohoidon aloitusta kahdella vuodella.

Yksi vastaaja kertoo lähetteen viipyneen matkalla Jyväskylään. Asian edistämiseksi tarvittiin useita soittoja. Vastaaja uskookin, että jos potilaana jää odottamaan, jatkohoitoon ei ehkä pääse. Papereiden perille meneminen pitäisi aina tarkistaa. Hänen tuttavansa oli kuollut jatkohoitokutsua turhaan odottaessaan. Hän uskoo, että asian selittäminen tutkimusosaston paperijonoa hoitavalle auttaa ohittamaan vähemmän kiireellisiä potilaita. Toiselle haastatellulle oli neuvottu edellisen keskussairaalassa käynnin yhteydessä, kuinka menetellä, jos seuraavaa kutsua ei tule puolen vuoden



kuluttua. Yksi vastaaja uskoo yksityislääkäriltä saatavaan välittömään läheteeseen, jonka saa jos osaa vaatia. Yhdessä kommentissa toivotaan, että lääkärin arvaus sattuisi ensimmäisellä kerralla kohdalleen. Jos näin ei käy tai tilanne on muuten epäselvä, jatkohoitoon pääsy vaarantuu.

Ajanvarausvastaanotolle pääseminen on selvästi yleisin purnauksen aihe. Suurimmaksi osaksi ikävimmät kokemukset ovat yli vuoden takaa, jolloin ajanvarauksen järjestelmä oli nykyistä jäykempi. Osa vastaajista ei ole huomannut ajanvarausjärjestelmän muuttumista joustavammaksi. Kuluneen vuoden kokemukset eivät ole hälvittäneet ikäviä kokemuksia. Yksityisvastaanotto koetaan nopeammaksi ja sen arvelaan nopeuttavan jatkohoitoon pääsyä. Sisäilman aiheuttamiin ongelmiin reagoidaan terveydenhuollossa huomattavan hitaasti.

Aineiston pienuuden vuoksi on vaikea arvioida hoitoon pääsyn aikarajoja. On mahdollista, että vastaajien hoitoon pääsy toteutui Kytö ym:n tutkimuksen aikarajoissa, jos ajan mittaaminen aloitetaan yhteyden saamishetkestä terveyskeskukseen. Tosin tieto 88 %:n pääsystä päivystysvastaanotolle kahdessa tunnissa tuntuu aineiston mukaan yllättävän nopealta. (Kytö 2008,14.)

## 6.8 Väärän hoidon kokemuksia

Yksi haastateltu kokee, että sairausauton kuljettaja oli jättänyt hänet avuttomana sairaalan oven ulkopuolelle. Kuljettaja oli vienyt haastatellun sisälle saatuaan tältä läksytyksen.

Toinen vastaaja kertoo, että lääkehoito oli pantu toimeen vuorokauden kuluttua lupauksesta, sillä lääkäri ei ollut antanut määräystä hoitajalle. Lääkäri oli puhunut lääkeshoidon aloittamisesta potilaalle ja tämän omaiselle potilasta sairaalaan tuotaessa. Hoito aloitettiin lopulta sairaanhoitajan kysytyä lääkäriltä hoidon aloitusta.

Yksi vastaaja kertoo joutuneensa odottamaan keskussairaalan päivystyspoliklinikalla olleen kiireen vuoksi niin pitkään, ettei liotushoitoa voitu enää aloittaa. Viivästynyt

hoidon aloitus esti asianmukaisen hoidon kolmessa muussa tapauksessa. Yhden vastaajan lapsen tapaturman hoito ei edennyt keskussairaalaan, vaikka se haastatellun mielestä olisi ollut tarpeellista. Yksi vastaaja kertoo saaneensa viiden viikon aikana samalta lääkäriltä vaivaansa viidet erilaiset lääkkeet. Lopulta hän päätyi vaivan vuoksi keskussairaalaan, missä vaivan todettiin pahentuneen annetuista lääkkeistä.

Yksi haastateltu kokee saaneensa oikean hoidon, vaikka terveyskeskuksen keikkalääkäri oli hänen mielestään ilmiselvästi tietämätön taudin laadusta. Diagnoosi selvisi myöhemmin keskussairaalassa. Annettu hoito saattoi pelastaa haastatellun hengen.

Sairasauton kuljettajan laiminlyönti on tulkittava kivun vuoksi tuskaisen potilaan ajantajan pettämiskokemukseksi. Jättämisen kokemus on voinut syntyä esimerkiksi kuljettajan (tai ensihoitajan) noutaessa papereitaan autosta. Kuljettaja oli läsnä myös silloin, kun potilas ”läksytti” häntä, mikä osoitti, ettei todellista heitteillejättöä ollut tapahtunut.

Inhimilliseen toimintaan kuuluu joukko virheitä. Lääkehoidon aloittamisen viivästyminen tai odottaminen päivystyspoliklinikalla tuntuvat mahdollisilta. Nämä, kuten myös lapsen hoidon etenemättömyys saattaisivat kuulua normaaliin hoidon tarpeen arvioinnin tuottamiin kokemuksiin.

Viiden eri lääkkeen määrääminen peräkkäisinä viikkoina saattaa viitata oireenmukaiseen hoitoon. On mahdollista, että samoin kuin keikkalääkärin tapauksessakin varsinainen diagnoosi löytyi myöhemmin. Silloin on helpompaa todeta myös mahdolliset lääkkeiden haitalliset vaikutukset.

Väärin hoitojen kokemukset ovat verraten vähäisiä ottaen huomioon, että yhtä luokkaan ottamatta kaikilla haastatelluilla on huomattavan paljon kokemuksia hoidon hakemisesta. Yksittäisen potilaan kohdalla väärin hoidon kokemukset ovat hyvin merkittäviä riippumatta siitä, ovatko ne ulkoisen arvioinnin perusteella arvioiden aiheellisia.

Aikaisemmat tutkimukset ovat mitanneet yhden hoitokerran tuottamia kokemuksia (mm. Kytö 2008, Leino & Kähärä 2008, Huttu & Kukkurainen 2007) . Niissä tyytymättömyyden ilmauksia on 3–22 %:ssa. Koska tässä tutkimuksessa otetaan huomioon vastaajien kaikki aikaisemmat tärkeänä pitämät kokemukset, on luonnollista, että huonoja kokemuksia kertyy useimmille monien hoitokertojen myötä.

## 6.9 Epätietoisuus hidastaa hoidon alkamista

Potilaan ensimmäinen epätietoisuus koskee hoitoon hakeutumisen päätöstä. Yksi haastateltu kertoo kuuntelevansa oman kehon tuntemuksia. Näitä tuntemuksia hän vertaa siihen, kuinka kauan hän saattaisi kestää tätä olotilaa tai missä ajassa oireet pahenevat sietämättömiksi. Yksi haastateltu ilmoittaa lähtevänsä lääkärin pakeille ”melko herkästi”. Herkkyydellä hän tarkoittaa sitä, että hänelle riittää, jos olo poikkeaa häiritsevästi normaalista tai oireet tuntuvat pahenevan. Jotkut mainitsevat tunteavansa jonkin tietyn nimeltä mainitun sairauden. Hoitoon hakeutuessa epävarmuus on väistynyt tai ainakin jäänyt painoarvoltaan heikommaksi kuin hoitoon pyrkimisen päätös.

Epävarmuuden kestoa hoitoon hakeutumisesta vielä kotona ollessa lisää päivystysaikojen ja – paikkojen vaihtuminen. Jos potilas arvelee joutuvansa matkustamaan pitkän matkan, hän arvioi kestäkö hänen kuntonsa joko pitempää matkaa tai pitempää odottamista. Pelkkä epävarmuus päivystyspaikasta saattaa lykätä hoitoon lähtemistä. Lähtöpäätös voi kaatua myös virheelliseen tietoon: potilas luulee hoidon olevan kauempana ja odottaa siksi turhaan. Luonnollisesti virheellinen tieto saattaa johdattaa jopa väärälle ovelle. Jos oikea ovi on silloin yli 70 kilometrin päässä, harkinta saattaa palautua alkuvaiheeseen.

Kaikki haastatellut tiesivät että päivystys on Keuruun lisäksi muuallakin, mutta kukaan ei kyennyt sanomaan tarkkoja määräytyksiä oikealle paikalle. Hoidon tarpeen ilmaannuttua he ryhtyivät selvittämään päivystävän lääkärin vastaanottopaikkaa. Terveyskeskuksen antamat tiedot päivystysajoista (esim. paikallislehden ko. numero)

eivät olleet kenenkään haastellun käytössä. He päivittävät tietojaan puhelinsoitolla tai internetistä.

Jos vastaanotolla on omalääkärinä sijaistava keikkalääkäri, potilas on epävarma siitä, saako lääkäri kaikki oleelliset tiedot. Haastatellut epäilevät, että ”keikkalääkäri ei ehdi oppia potilaaseen”. He pelkäävät, että lääkäri ei ehdi lukea kaikkea oleellista tietoa potilastiedoista. Kuitenkaan he eivät ole varmoja siitä, pitäisikö tietoja täydentää kertomalla.

Epätietoisuutta aiheuttaa diagnoosi, jota ei oltu kerrottu potilaalle itselleen. Tieto sairaudesta paljastui haastatellulle sattumalta myöhemmin. Vastaaja on yksin asuva ja täysin itsestään huolta pitävä henkilö. Potilaan tunteet asiassa vaihtelevat loukkaantumisesta epäilyyn toisen henkilön tietojen joutumisesta hänen papereihinsa.

Virolaisen lääkärin diagnoosiin ei uskottu suomalaisessa sairaalassa. Tästä syystä yksi vastaaja jäi epävarmuuden tilaan kahden vuoden ajaksi, kunnes suomalainen lääkäri totesi saman sairauden.

Lääkäreiden epävarmuutta ilmentävät ”kokeilut”. Haastatellut ymmärtävät kokeiluiksi lääkärin vastaanotolla määräämät hoidot, joiden jälkeen asiaa katsotaan uudelleen. Sama vaiva saattaa olla hoitokokeilun aiheena 5–7 kertaa. Haastateltujen kertomuksissa nämä kokeilut päättyivät keskussairaalakäynteihin. Vastaajat arvelevat kokeilujen aiheutuvan kunnan halusta säästää.

Yksi ihminen kertoo olevansa epävarma voiko tuntemattomaan lääkäriin luottaa. Hänen mielestään tuntematon on pahempaa kuin oma tuttu huono lääkäri. Tutusta lääkäristä tietää, milloin häneen ei voi luottaa.

Yksi haastateltu on epävarma verikokeessa käynnin tarpeellisuudesta. Hänelle on määrätty tietyin väliajoin terveyskeskuksessa otettava verikoe. Hiljattain keskussairaalassa oli otettu laajempi koe, joka sisälsi myös määräämisen kokeen. Nyt hän ei ole varma, pitäisikö hänen käydä vielä terveyskeskuksessa verikokeessa.

Osa potilaista on tehnyt mielessään diagnoosin, osa tuntee epäselviä oireita. Molemmat haluavat kuulla lääkäriltä syyn oireisiinsa sekä saada helpotuksen niihin. Epätietoisuus kaikissa muodoissaan viivästyttää hoidon saantia. Terveyskeskuslääkärin epätietoisuus voi olla epävarmuutta diagnoosista tai keskussairaalahoidon kriteerien täyttymisestä. Säästöpyrkimykset ovat luonnollisesti arvioinnissa mukana. Potilaat kokevat säästötavoitteet mielivaltaisesti itseensä kohdistuvana, vaikka kysymys on rakenteellisesta pyrkimyksestä tehokkaaseen hoitoon. Terveysvaikutusten taloudellinen maksimointi on oikeudenmukaisuustavoitteen ohella julkisen politiikan ääneen lausuttu tavoite (Koivusalo ym. 2009, 45). Potilaat asennoituvat usein velvollisuudentuntoisesti määrättyihin hoitoihin. Vanhempien ihmisten on vaikea päätellä, milloin annetusta ohjeesta voi poiketa.

Terveystenhoidon alueellakin kansalaisen oma valinta ja aktiivisuus ovat tulleet entistä tärkeämmäksi. Samalla tuo yksilöllinen harkinta on tuonut yhden hidasteen hoitoprosessiin. Se hidaste on oman elämän valintoja tekevä asiakas. Uudet mahdollisuudet tekevät päätöksen teosta monimutkaisemman ja siten hitaamman. (Ks Karisto 2008, 193.)

## 6.10 Parannusehdotuksia

Seitsemän ihmistä ottaa kantaa parannusehdotuksiin. Lisäksi yksi vastaaja ei usko hoitoon pääsyn mahdollisuuksien paranevan. Yksi vastaaja arvioi hoitoon pääsyn pitkittyneen. Leikkausjonot ovat hänen mukaansa huononnuksia. Terveyskeskukseen vaaditaan lisää lääkäreitä (n=2) ja rahaa. Yksi henkilö vaatii virasta erottamista kahdelle lääkärille. Haastatellut haluavat säilyttää terveyspalvelut ja pitää niiden toimivuutta yllä. Tätä toimivuutta uhkaavat säästöt.

Useat vastaajat pitivät tärkeänä sitä, että terveyskeskuksessa olisi tuttu lääkäri siitäkin huolimatta, että myös tuntemattomista lääkäreistä oli hyviä kokemuksia. Tutun lääkärin etuna mainitaan hänellä piilotajuisesti oleva tieto potilaan taustasta ja monista terveydellisistä yksityiskohdista. Perusteluksi sanotaan, että kaikkea tietoa ei ole mahdollista löytää sähköisestä hoitokertomuksesta.

Yksi vastaaja vaatii, että lääkärin tulisi tavata potilaansa ennen puhelinvastaanottoa. Hän myös esittää, että ”ammatikseen lääkärissä hyppäävät” tunnistettaisiin ja asetettaisiin omaan jonoonsa, jossa olisi muita potilasryhmiä hitaampi etenemä. Samassa jonossa ollessaan he vievät haastattelun mielestä kohtuuttomasti terveydenhuollon voimavaroja.

Uudistusten tulisi olla maltillisia. Siten potilaat voisivat pysyä niissä ajan tasalla. Kaksi vastaajaa toivoo, että terveyspalveluja olisi mahdollista saada myös lähimmässä kuntakeskuksessa. Erityisen perusteltua tämä olisi haastattelun mukaan niiden lasten kohdalla, jotka käyvät koulua toisessa kunnassa. Heidän kouluterveyshoidon paperinsa ovat joka tapauksessa naapurikunnassa.

Terveyskeskuksen lääkärin tuttuutta pidetään etuna. Jossakin tapauksessa tutun lääkärin vastaanotolle voi jopa päästä vähän omaa vuoroa aikaisemmin. Lääkärin tuttuuden vaatimisen varsinainen perustelu liittyy kuitenkin ilmeisesti lääkäripotilassuhteeseen. Omalle yksityiselle alueelle ei haluttaisi päästää liian monia ihmisiä. Hoidon saamisen tapahtuma on muutakin kuin teknistä hoitoa. Jos ihmiset ovat toisilleen vieraita, teknisyyks korostuu. Terveyskeskuksessa saatava hoito on vastaajille tärkeä ja ylläpidettävä asia. Vastaukset heijastelevat viime vuosien historiaa, jossa hoitoon pääsy oli hidasta.

Keuruun kunnassa päätettiin seututerveyskeskukseen menosta haastattelujen aikaan. Muodostettavan terveyskeskuksen nimi oli tuttu. Lähes kaikki kokivat oman tietämyksensä seututerveyskeskuksesta niin vähäiseksi, etteivät he osanneet muodostaa kantaa hankkeeseen. Seututerveyskeskuksen tunnettavuus rajoittui yhteistyöhankkeen nimeen. Kukaan haastatelluista ei kyennyt nimeämään mukana olevia kuntia tai kertomaan mallin toimintaperiaatteita. Uudistusta kohtaan yleensä tunnetaan epäluuloa, koska aikaisemmat uudistukset on koettu heikennyksiksi. Päätösvalan siirtyminen paikalliselta tasolta ei helpota syrjässä asuvien palveluiden saamista, vaikka sillä voitaisiinkin saavuttaa hyötyjä suuremmassa kokonaisuudessa. Kriittiset arviot ovat Pihlajavedellä selkeämpiä kuin Keuruun keskustassa.

## 7 AINEISTON ARVIOINTIA KIRJALLISUUDEN VALOSSA

Narratiivisesta näkökulmasta katsoen hoitoon pääsyn kertomukset tuovat vastaajat esiin arjen sankareina, jotka kokevat matkalla hoitoon erilaisia esteitä. Lopulta he selvittävät vastahakoisen hoitojärjestelmän hankaluudet ja saavat oikean hoidon. Kertomuksissa on löydettävissä sankareita ja konnia. Hyvä hoito ei tarkoita välttämättä taudin paranemista. Kertomukseen sisältyy tavallisesti opetus.

Pn1: *”Että tää on, on toisaalta hyvä, mutta tuota –yh- toisaalta – toisaalta on, että olisi mukava siis sillä lailla puhua, että lääkäri ossais kysyä.. jo sairauteen liittyvää, että onko ollu semmosia oireita ja semmosia että niin tuota, että se on ihan hyvä tää puhelinjuttu, mutta olis se mukava joskus päästä ..”*

Monien kertomusten osista löytyy Anni Vilkon kuvaama omaelämäkertojen kerrontaskeema. Nämä skeemat näyttäytyvät jo varsin pienissä kertomuksissa.

Vilkko esittää (kirjassa Mäkelä 1992, 94) kerrontaskeemaan seuraavia vaiheita:

- |                        |  |
|------------------------|--|
| 1. Tiivistelmä         | Johdatus siihen, mistä on kyse                   |
| 2. Puitteet            | Kertomuksen lähtötilanne, näyttämön luonnehdinta |
| 3. Mutkistava toiminta | Kiinnostavaa, poikkeuksellista                   |
| 4. Ratkaisu, tulos     | Reaktio tapahtumiin                              |
| 5. Evaluaatio          | ”Entä sitten?”, tapahtuman kärki                 |
| 6. Moraali, päätäntä   | Tapahtuman opetukset.                            |

Narratiivinen tarkastelu paljasti tutkijalle aineistossa esiintyvien naurahdusten merkityksiä. Itselle nauraminen on edelleen yksi mahdollisista tulkinnoista. Sitä useammin esille nousi terveydenhuoltosysteemin arviointi. Naurahdus kertoo, että järjestelmä ei toimi kaikin osin siten kuin sen tulisi ja kuinka sen edustajat sanovat järjestelmän toimivan. Siinä on pilkallisen naurahduksen paikka.

Haastateltavien kertomusten näkeminen toistensa kaltaisina kerrontaskeemaa toistavina tarinoina ei tee oikeutta heidän kokemuksilleen (vrt. Mäkelä 1992, 64). Lisäksi

tämä näkökulma esittää vastaajat objekteina, joita voi tarkastella ulkopuolelta, jopa yläpuolelta. Tämä tarkastelutapa näkyy vastaajien kokemuksina terveydenhoidossa. Seuraava esimerkki osoittaa, että vastaaja oli kokenut olleensa yläpuolella olevan, jopa ylimielisen tarkastelun kohteena, mutta eräiden tapahtumien vuoksi lääkärin asenne muuttui.

*M: "Sitten, muuttu (Lääkäri nimen):n suhtautuminen, mitä se oli ollut vuosikautia sitä ennen, niin minuun .. minuun ihan täysin. Sille pysty jopa jotain sanomaan, että se oli jopa kuulevinaan, että mitä sille sanottiin, että....(rykäisy).."*

Julkisten palvelujen 1990-luvulla alkaneen uudelleenorganisoinnin, markkinalähtöisyyden ja kuntalaisten valinnanvapautta korostavan näkemyksen oletetaan vaikuttaneen siten, että palveluihin oikeutetusta kansalaisesta on tullut kuluttaja. (Aaltonen, Järviö & Luoma. 2009, 69.)

Tämä tutkimus ei osoita kovin vahvaa kuluttaja-kulttuurin ilmentymistä. Potilaat käyttäytyvät yhä pääsääntöisesti hoitoalamaisen tavoin. Kuluttaja pilkahtaa esiin yksityislääkärillä tai työterveyshuollossa käydessään. Silloin "kuluttajaa" edustaa itse hoidon hakemisen valintaa koskeva osa. Tavallinen terveyskeskuksessa asioiva kuntalainen on enemmän hoitoalamainen kuin kuluttaja. Tarkoitan hoitoalamaisella asiakasta, joka hakee terveyspalvelua ohjeiden mukaisesti ja lähtökohtaisesti tyytyä annettuun palveluun. Termi hoitoalamainen on sukua sanalle hallintoalamainen. Monet terveyspalveluihin liittyvät käytännöt tukevat hoitoalamaisuutta. Pääsääntöisesti kuntalainen ei voi vaikuttaa terveydenhoidon järjestelmiin. Tähän asti hän ei ole voinut valita julkisen hoidon piirissä omaa lääkäriään (poikkeuksia on). Jatkotutkimukseen pääsy on lääkärin päätäntävallassa. Termit "lääkärin määräys" tai "lääkemääräys" viestittävät määrääjän ja alaisen suhdetta. Lääkäri voi kokeilla erilaisia (halvempia) hoitotapoja tai lääkkeitä ilman että potilas voi vaikuttaa ratkaisuun. Lääkärin valta voi ylittää poliisin vallan (lääkäri kieltää kuulustelun potilaan terveydentilaan vedoten) tai oikeusistuimen rangaistusvallan (lääkärin lausunnon perusteella oikeus toteaa vastaajan syyntakeettomaksi). Jopa Kelan tilasto käytettyjen lääkkeiden arvon kasvamisesta suhteessa annettujen hoitojen arvoon kertoo siitä, että päätöksiä, hallintaa tekee joku muu kuin potilaana oleva kuluttaja-kuntalainen ([www.kela.fi/sairastaminen](http://www.kela.fi/sairastaminen)).



Hallintovalta perustuu osin säädöksiin ja osittain professionaaliseen valtaan, jonka monimutkaisuutta kuvaavat tutkijat Miller ja Rose kirjassaan ”Miten meitä hallitaan”. Luvussa Sosiaalisen kuolema he kuvaavat ”sosiaalisen” muuttumista ”yhteisölliseksi”. Tähän prosessiin liittyvät ”poliittiset kielet”, jotka ”ulottuvat hallinnanalaisten määrittelyyn yksilöiksi, jotka ovat myös, todellisuudessa tai mahdollisesti, uskollisia yhteisön erityisille arvoille, uskomuksille ja sitoumuksille.” (Miller ja Rose, 2010, 130.) Tässä kielessä ”kuluttaja” ilmaisee poliittista pyrkimystä saada asiakas käyttäytymään kuluttajan tavoin: siis ostamaan tuote. Koska osa palveluista on julkisia eivätkä siksi suoraan ostettavissa, ”kuluttaja” luonnollisesti pyrkii vaikuttamaan palvelujen yksityistämiseen voidakseen toimia roolinsa mukaan, ostaa. Näin hänestä muokkaantuu politiikan toteuttaja.

Millerin ja Rose’n näkemykset saavat tukea Foucault’n ja Danzigerin kannanotoista. Tutkittavista yksilöistä on tullut Danzigerin mukaan eräänlaisia yhteiskunnallisen vallankäytön kohteita Foucaultin tarkoittamassa mielessä. Foucault puhuu ”kurista”, joka on mukana ihmisten hallinnoimisessa. Yksilöllisten ominaisuuksien määrällinen vertailu johtaa yksilöiden järjestämiseen tilastollisten normien mukaan. (Hacking 1999, 80–81).

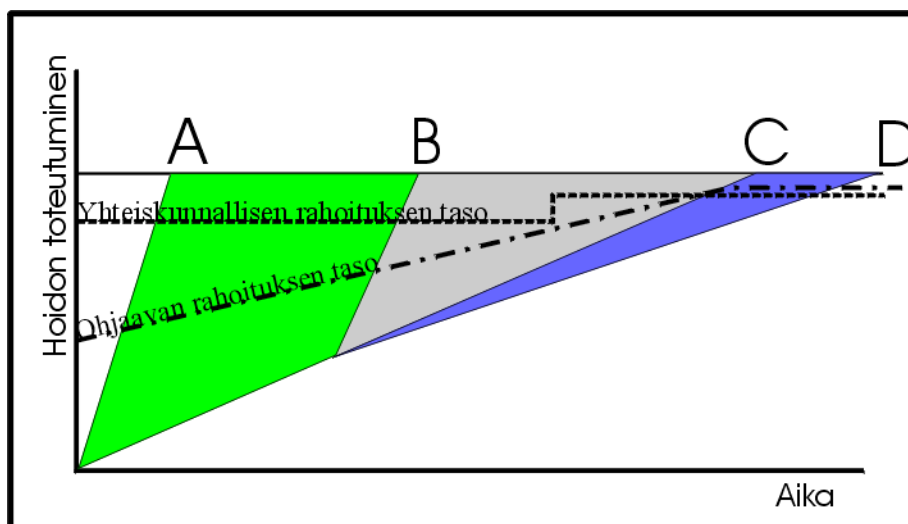
Kokemusperäisesti voidaan havaita, että potilaat usein alistuvat hoitoalamaisen rooliin. Dynamiikan näkökulmasta hoitoalamainen asemoituu ”lapsiksi”, jota ”aikuinen” hoitaa. Ohjeet, joiden mukaan potilaalle on kerrottava hoidon vaihtoehtoista, rajoittavat jossain määrin profession valtaa, mutta tämä saa aikaan korkeintaan vallan uutta rajankäyntiä. Professionalla on näet valta määrittellä se kieli, jota alalla käytetään. Kielen avulla määräytyvät myös vallan käytön rajat.

Potilaan tavoitteiden ohella aineistossa näyttäytyy useita intressejä kuntataloudesta kansanterveyteen ja käypähoitosuosituksista hoitojonojen ohittelu- ja teknisiin.

Oheisessa kuviossa 2 on kuvattu yksinkertainen malli yksityisen ja julkisen terveydenhoidon keskinäisestä ajallisesta sijoittumisesta olettaen, että yksityisen hoidon vaikutus on nopeampi saatavuus, kuten aineistossa on kuvattu. Malli kuvaa haastat-

teluissa esiintynyttä tilannetta, jossa yksityislääkäriltä haetaan vauhtia julkisella puolella tapahtuvaan hoitoon.

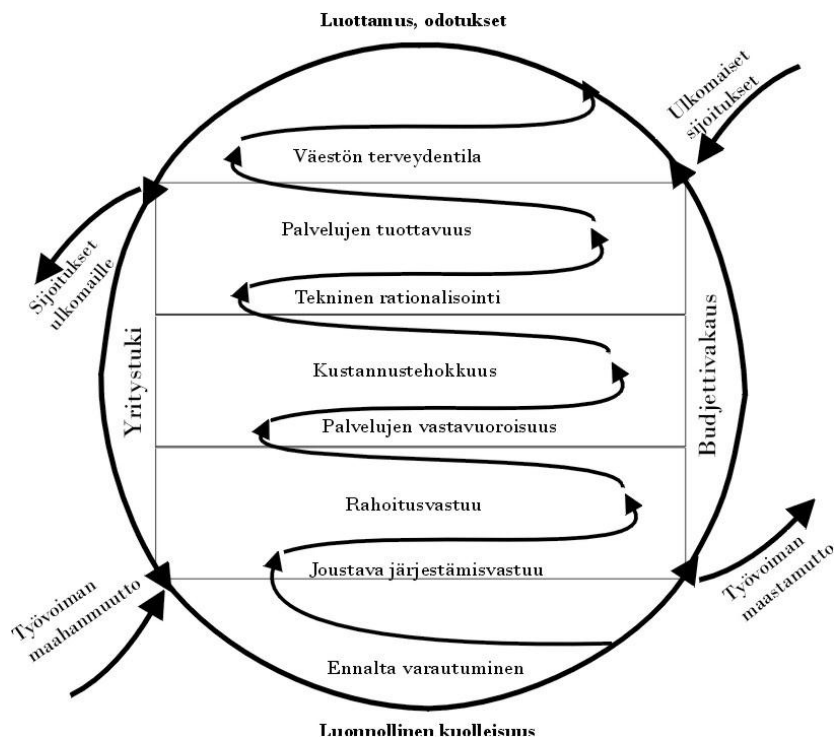
Pisteessä A toteutuu suoraan yksityisestä terveydenhoidosta haettu palvelu. B kuvaa tilannetta, jossa potilas on jonottanut julkisen hoidon saamista, mutta hän on sitten hakeutunut saamaan vauhtia yksityisvastanotolta. Jos oletetaan, että tässä on kuvattu yhden vastaajan kertoma tilanne, jossa sama lääkäri toimi julkisessa terveydenhoidossa, yksityisvastanotolla ja lopulta teki hoito-operaation keskussairaalassa julkisena hoitona, syntynyt ajallinen kupla on paikallaan kuvata harmaana alueena. C on se hetki, jolloin julkinen terveydenhoito kykenee järjestämään tarvittavan hoidon. D on se ajankohta, jolloin julkisen hoidon jonossa oleva saa takuuhoidon tai hoidon, joka ehkä viivästyy yksityisen hoidon kautta jonossa etuilevan vuoksi.



**KUVIO 2: Yksityisen ja julkisen hoidon harmaa alue aineiston mukaan.**

Yhteiskunnallista rahoitusta käytetään molemmilla sektoreilla. Kelan rahoituksen osuuden muutos yksityisen ja julkisen hoidon välillä ei ohjaa nykyisellä tasolla hoitoja tai, jos ohjausta tapahtuu, hoitojonojen lyhentämiseen tarkoitetut eurot suuntaavat hoitoja yksityiselle puolelle. Jonon loppupään hoidot tulevat rakenteellisten syiden vuoksi kalliimmaksi kuin kiireettömien, sillä ne hoidetaan usein yksityispuolelta ostettuina palveluina. Yksityinen hoito tulee kokonaisuutena julkista kalliimmaksi (Koivusalo ym. 2009, 44). Mälkönen ja Seppälä puolestaan toteavat, että budjettineutraalilla palvelusetelillä olisi mahdollista lyhentää hoitojonoja ennen hoitotakuuajan takarajaa (Mälkönen ja Seppälä 2009, 10–11).

Jos julkinen rahoitus muuttuisi ohjaavaksi, sen tulisi olla täysimääräistä julkisen hoidon toteutuessa (kuvion alueella C-D) ja sitä vähäisempää, mikäli potilas saa nopeutettua palvelua yksityisen hoidon kautta (A-C). Toimiakseen tämä malli vaatisi, että hoitojonojen lyhentämiseen tähtäävät yksityiseltä sektorilta ostettavat palvelut sijoittuisivat kuvion 2 harmaalle alueelle siten, että julkisissa palveluissa hoidettaisiin hoitotakuuajan sisällä kaikkein pisimpään jonottaneet. Tätä mallia voidaan arvostella eriarvoistavana. Tosiasiassa eriarvoisuus toteutuu jo nykyisessä järjestelmässä. Tämä malli jättäisi ”eriarvoisuutta” haluavalle nykyistä suuremman maksumiehen roolin.



**KUVIO 3: Harjoitetun terveystalouden tasapainomalli (Koivusalo ym.2009, 58).**

Suomalaista terveystaloutta voi arvioida analysoimalla sitä koskevia julkaisuja. Kuvio 3 esittää julkisista tavoitteista nousevaa mallia suomalaisesta terveystaloudesta.

Tasapainomallia voidaan arvostella siitä, että siinä nähdään toimimattomuuden syyt ulkopuolella olevana. Samoin luonnolliseksi voidaan selittää miltei mikä tahansa ilmiö kuten köyhyys, työttömyys jne. Kuvion pohjalta voitaisiin yhtä perustellusti väittää alimpana olevan ”luonnoton köyhyys” ja prosessin tulokseksi ”inhimillinen yhteiskunta”. (Koivusalo ym. 2009, 58–67.)

Keuruulla tutkimuksessa voimakkaasti esiin noussut ilmiö ajanvarauksen saamisen aikaa ja kärsivällisyyttä vaatineesta ajanjaksosta sijoittuu kaaviossa kohtaan ”luonnollinen kuolleisuus”. Siinä järjestelmä rajoittaa systeemin ulkopuolelle sellaiset, joita se ei katso voivansa hoitaa. Tämä rajoittaminen toteutui, koska ajanvaraus oli hankalaa ja asiakkaalta paljon aikaa vaativaa, jopa ylivoimaista.

Haastatteluissa mainittiin työterveyshuollon toimivan hyvin niiden kohdalla, jotka olivat sen piirissä. Tämä osoittaa, etteivät siihen sijoitetut rahat ole menneet hukkaan. Terveysten hoidon menoista kasvava osuus on suunnattu työssä käyvään aktiiviväestön terveydenhoitoon (Koivusalo ym. 2009, 50). Työterveyshuolto on työntekijälle ilmaista, mikä saattaa lisätä sen käytön houkuttavuutta. Työterveyshoitaja on tavallisesti tuttu, mikä koetaan myönteisenä. Työterveyshuollon asiakaskäyntien määrät olivat yleistyneet selvästi muita terveydenhuollon potilaskäyntejä enemmän terveyspalvelujen laatu ja saavutettavuus - tutkimuksen mukaan (Kytö ym, 2008, 18).

Kotitalouksien osuus terveydenhoidon kokonaismenoista on Suomessa n. 20 %. Se on enemmän kuin muissa pohjoismaissa. (Koivusalo ym. 2009, 51.) Kouluhammashoidon kuljetusten siirtyminen vanhempien vastuulle lisää kotien taloudellista raskautta. Pihlajavedellä asuvat vanhemmat olivat tehneet oikeita havaintoja kehityksen suunnasta. Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan sairaanhoitokulujen korvaukset ovat vähentyneet n. 7 % kahden viimeisimmän vuoden aikana. Korvattujen lääkkeiden arvo pieneni 21 331 863 euron verran, 1,2 %. (Kelan internet sivusto 2010.) Merkitseekö tilasto ja kehitys sitä, että suomalaisten henkilökohtainen taloustilanne ei salli sairauksien hoitoa? Kun otetaan huomioon reseptilääkkeiden hintojen alentuminen rinnakkaislääkkeiden käytön yleistyessä ja reseptien määrän 1,5 %:n kasvu, todellinen siirtymä lääkkeiden käytön yleistymiseen suhteessa annettuihin hoitoihin lienee yli 10 %.

Terveyskeskuksissa on pyritty siirtämään tilastollisesti todettuja tehokkaan yhteisön menetelmiä uusiin ympäristöihin. Olisi tarpeen tutkia, mitä näissä siirroissa tapahtuu. Tehokkuuden syy saattaa olla muualla kuin itse siirrettyssä käytännössä. Tehokkuutta saattaa tuottaa vaikka hyvin toimiva työilmapiiri. Uudessa ympäristössä käynnistettävä muualta tuotu toiminta saattaa jopa heikentää työilmapiiriä, sillä sen käyttöön-

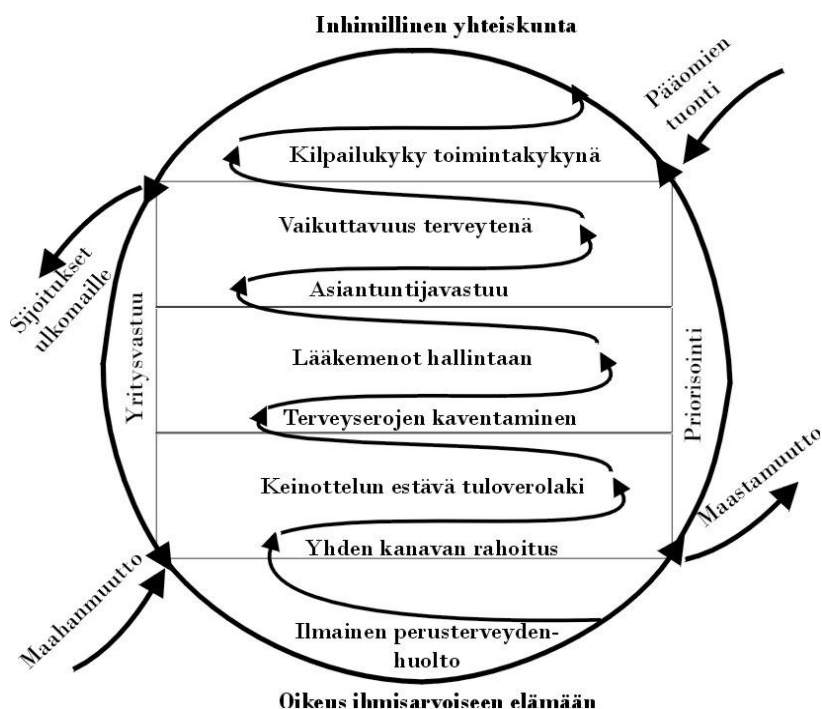
ottoon liittyy piiloviesti ”tämän yhteisön työntekijät eivät osanneet tehdä työtään riittävän hyvin”. Tuo viesti ei ole kovin kannustava. Pikemminkin se voi johtaa syytelyihin, irtisanomista koskeviin pelkoihin ja epäterveeseen kilpailuun tai ainakin alemmuuden tunteen viriämiseen ja sen myötä suorituskyvyn laskuun.

Terveydenhoito on murroksessa. Tuon murroksen taustalla on lääketieteen ja teknologian kehittyminen sekä yksityistämiseen tähtäävä tendenssi. Yksityistämispuheeseen on valjastettu potilas, jota nimitetään kuluttajaksi. Julkisin varoin on luotu kansainvälisissä vertailuissa hyvin pärjäävä terveydenhoitojärjestelmä. Sen kustannukset asukasta kohti ovat noin puolet USA:n vapaaseen kilpailuun perustuvasta järjestelmästä. Yhdysvaltain pääosin yksityiseen terveydenhoitoon ja vakuutuksiin perustuva järjestelmä aiheuttaa vakuutukseen piiriin kuulumattomilla jo 25 vuoden iästä alkaen lähes kaksinkertaista kuolleisuutta vakuutuksen piirissä oleviin verrattuna (Care Without Coverage: Too Little, Too Late, 163).

Toisin kuin USA:ssa suomalainen terveydenhoito tavoittaa lähes kaikki kansalaiset. Tämä järjestelmä on haavoittuva lyhytnäköisen ja epäsymmetrisen kilpailutuksen vaikutuksesta. Osia nakertamalla voidaan aiheuttaa koko järjestelmän muuttuminen epävakaaksi ja tehottomaksi. Julkisen terveydenhoidon romahduksesta seuraisi USA:n mallin mukainen hintojen nousu. Tähän suuntaan vaikuttaa yksityisen talouselämän julkista suuremmat taloudelliset puskurit. Julkisen terveydenhoidon edellytykset selviytyä kilpailutilanteessa horjuvat kuitenkin ennen muuta kahdella pallilla istuvan lääkärikunnan vuoksi. Tämäkin tutkimus osoitti, että sama lääkäri toimii eri periaatteilla julkisessa työssään kuin osakkeenomistajana ja lääkärinä yksityisessä terveyspalvelussa.

Kansaneläkelaitos ehdottaa kaiken julkisen terveydenhoidon alistamista sen hallitsen rahaston alle terveydenhoidon kehittämiseksi. Tämä rahasto koottaisiin valtion ja kuntien terveydenhoitoon osoittamista budjettivaroista. (Martinmäki, 2010, 5.) On mielenkiintoista pohtia, saisiko muodostuva mahtivirasto kokonaisvastuustaan uusia, kokonaisvaltaisemmin toimivia toimintatapoja vai jatkuisiko työkyvyttömänä eläkepäätöksiään turhaan odottavan kylmä viima myös terveyspalveluiden tiukempaan seulana.

Kansaneläkelaitoksen sairaanhoitokuluja ja lääkekorvauksia koskevat tilastot näyttävät samaan suuntaan kuin Koivusalon ym:n varoitus: ”Sosiaalisesti heikoimmille voidaan tarjota lääkkeitä tarpeen mukaisen hoidon sijaan” (Koivusalo ym. 2009. 75).



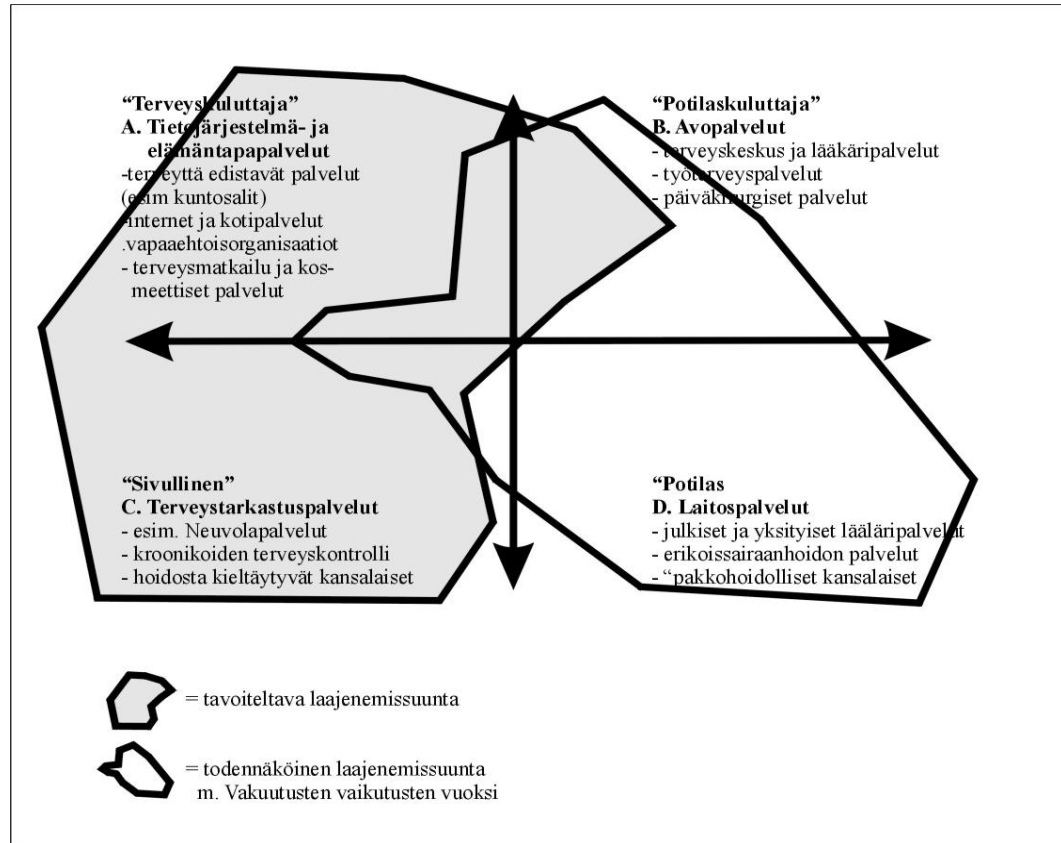
**KUVIO 4: Toivottava terveydenhuollon järjestämisen kaavio (Koivusalo 2009, 71).**

Koivusalo ym. pitävät suositeltavana terveydenhuollon järjestymistä oheisen kuvion 4 mukaan. (Koivusalo ym. 2009, 71)

Ashorn ja Lehto arvioivat terveydenhuollon palvelujen kehittyvän kohti kalliimpaa rakenteellista suuntaa. Tähän kalliiseen suuntaan ohjaavat mm. vakuutusyhtiöiden korvaukset. Taloudellisempi ja toivottavampi kehityssuunta olisi alempana esitettyssä kuviossa 5 tummempana esitetty A ja B sektoreita koskeva palvelujen lisäys, koska niihin panostaminen on luonteeltaan ennaltaehkäisevää työtä, joka vähentää kalliimman hoidon tarvetta. (Ashorn ja Lehto 2008, 210.)

Ashorn ja Lehto suhtautuvat kriittisesti yksityisen palvelun hinnan mediassa väitettyyn edullisuuteen. Jos edullisuutta on, se voi syntyä sillä, että yksityinen palvelu rajaa toiminnastaan pois pulmallisena kokemansa potilasryhmät. Parhaiten toimivat sellaiset yhteiskunnat, joissa on vain yksi terveysjärjestelmä. Tämä edellyttäisi yksityisen ja julkisen työnjaon ja yhteistyön tarkkaa määrittelyä. Asiakkaat arvioivat hoi-

don kokemusta tavallisesti nopean hoitoon pääsyn, erikoislääkäripalvelujen saatavuuden ja pitkäaikaisen vakiintuneen hoitosuhteen (tuttu lääkäri) perusteella.



**KUVIO 5: Terveydenhuollon kehittymisen suunnat (Ashorn & Lehto 2008, 210)**

Omistajuuden ja tehokkuuden välinen yhteys on tutkijoiden mielestä myytti vailla todellisuuteen perustuvaa tietoa. Kuitenkaan päättäjillä ei ole edellytyksiä rajata kansalaisilta palveluita, koska sellainen merkitsee samalla päättäjän aseman menettämistä (mt. 197–205). Hoidon rajaaminen on jäänyt lääkäreiden vastuulle. Rajaus ei ole ongelmattonta heillekään. 57 % lääkäreistä kokee joutuneensa tinkimään hoidosta rahan vuoksi. Yhtä suuri osuus lääkäreistä ilmoittaa potilaiden saavan joskus epätasaroista hoitoa. (STT 27.10.2010. Myös Yle.fi.) Uutinen ei kerro sattuvatko rahasta tinkiminen ja epätasa-arvoinen hoito samaan kohderyhmään.

Tässä tutkimuksessa vastaajat korostavat ajanvarauksen toimivuutta, palvelun etäisyyttä ja tutun lääkärin merkitystä. Nämä tärkeimmiksi mainitut seikat eivät poikkea muualla tehdyn tutkimuksen tuloksista (mm. Kytö 2008). Kehittämissuunnat ko-

rostavat enimmäkseen vanhan, tutun säilymistä. Sellaisena ne eivät auta kehittämään palvelujärjestelmää.

Kokemukset parin vuosikymmenen takaa ovat vastaajien muistin mukaan paljon parempia kuin nykyiset. Silloin sairaanhoitaja järjesti reseptin eikä sitä tarvinnut odotella tuntitolkulla. Silloin ei myöskään ollut sitä byrokraattisuutta, mikä leimaa haastatellun mielestä nykyistä terveydenhoitoa. Haapamäellä oli osaava lääkäri, joka osasi sovittaa sanansa kansan mukaan. Kannanoton mukaan tietotekniikka terveydenhoidossa on tuottanut uudistuksia liian nopeassa tahdissa. Hoidon tarvitsijat eivät pysy muutosten mukana.

Varsinkin iäkkäämpien ihmisten muistoissa elää vielä muisto kunnanlääkäriajasta. Kunnanlääkärin vastaanotto poikkesi terveystakeskuskäytännöistä. Ajanvarausta ei käytetty. Odotuspaikkana olivat seiniä kiertävät penkit, jolla siirryttiin joskus konkreettisesti jonossa eteenpäin. Lääkäri saattoi tuntea potilaansa. Ainakin potilaat tunsisivat lääkärin. Hoitaja saattoi toimittaa tutun potilaan asian lääkärille samanaikaisesti toisen potilaan tutkimuksen kanssa. Paperia käytettiin nykyistä säästeliäämmin ja hoitomääräysten sisällöstä saatettiin vaihtaa mielipiteitä vastaanotolta tulevan ja odottajien kesken. Vastaanotto päättyi, kun kaikki olivat saaneet avun. Kokemus oli osa yhteisöllisyyttä. Kollektiivisessa muistissa ovat tuon järjestelmän parhaat puolet, joita verrataan nykyisten käytäntöjen ikävimpiin puoliin. Nämä muistikuviiin perustuvat arviot eivät huomio sitä muutosta, mikä oli tapahtunut potilaaksi hakeutuvissa. Hoitoon tulevat olivat ”vanhoina hyvinä aikoina” potilaita. Nyt he ovat terveystalveluiden asiakkaita ja jopa kuluttajia. (Tiivistetty aineistosta.)

Yhden haastatellun kokemus lääkäristä lähes parinkymmenen vuoden takaa on niin karvas, että hän ei ole vielä kyennyt antamaan anteeksi vääräksi kokemaansa menettelyä. Kokemuksen voima kertoo hoitotapahtuman luonteesta: siinä potilas päästää lääkärin tai muun hoitohenkilön yksityiselle alueelleen arvioimaan ja tekemään selailaista, mitä ei muiden ihmissuhteiden välillä tavallisesti tapahdu. Kohtaamisessa on kuitenkin sääntöjä, joita molempien on noudatettava, jotta tapaaminen sujuisi odotusten mukaisesti. Säännöistä poikkeaminen loukkaa tunteita. Koska näitä tunneloukkauksia ei yleensä käsitellä, ne vaikuttavat kauan.



Ajanvarauksen ongelmia on mahdollista ratkoa ja siten saada aikaan parempaa palvelua. Todellista kehittämistä edellyttää myös terveyskeskuspalvelujen hankinta lähimmästä, toisen kunnan alueen terveyskeskuksesta. Kokonaistaloudellisuuden arviointiin voitaisiin käyttää apuna paikkatietojärjestelmiin perustuvia laskentamenetelmiä (ks. Jansson 2009, 12–14).

Uutta ajattelua tarvittaisiin myös terveyskeskusten asiakashankinnassa. Osa hoitoa tarvitsevista jää tutkimusten mukaan vaille tarvitsemaansa hoitoa (Ashorn & Lehto 2008, 83. Ks. myös mielenterveysbarometri 2010). Lisäksi osa ”ammatikseen valittajista” voisi hyötyä sillä, että heille varattaisiin uusi vastaanottoaika jo edellisen lääkärisikäynnin yhteydessä. Tietoisuus lääkärin puheille pääsystä saattaa vähentää ”varmuuden vuoksi” varattuja aikoja. Samaan tulokseen on päästy esimerkiksi Keuruun Ystäväntuvalla päihdeongelmaisen kodissa tehtyjen käyntien avulla. Nämä kotikäynnit pudottivat erään tarkkailujakson aikana lääkärissä käyntejä sekä myös asiakkaiden vuodeosastopäivien määrän murto-osaan aikaisemmasta. On kysymys asiakkaan kokeman turvallisuuden ja huolenpidon kokemuksen lisääntymisestä.

Tutkijat antavat heikon arvosanan terveydenhuollossa työskentelevien strategiselle ymmärrykselle. 40 % johtajista ja puolet työntekijöistä koki, ettei heillä ollut mahdollisuuksia hyödyntää kaikkea osaamista työssään. Tietoisuus strategiasta oli heikkoa johdon osalla. Osa työntekijöistä ei tiennyt laitoksensa strategian olemassaolosta. (Ashorn & Lehto 2008, 100–105.) Kuitenkin terveydenhuollon laitoksia kuten sairaaloita on totuttu pitämään asiantuntija-organisaatioina. Toiminta niissä on tiukasti sidoksissa asiantuntijan, lääkärin, ratkaisuihin. Tutkimusaineistossani tämä näkyi mm. siten, että hoito, jonka lääkäri oli luvannut, jäi saamatta, koska lääkäri oli unohtanut kertoa siitä hoitoa toimeenpanevalle henkilölle. Onko sairaala siis asiantuntijaorganisaatio vai taitelijaseura, jossa noudatetaan taiteilijalääkärin intuitiota? Tutkijapuheenvuoroissa tämä asia tuodaan julki hienovaraisemmin: ”Rahoitusjärjestelmän kytkennät taloudellisiin ja muihin valtakysymyksiin tekevät (terveydenhuollon järjestelmän) uusimisesta hyvin vaativan prosessin” (Ashorn & Lehto 2008, 64). Ryytänen

ym. vaatii terveydenhoitojärjestelmää siirtymään yksilösuorittajista todelliseen tiimityöhön (Ryynänen, Kukkonen, Myllykangas, Lammintakanen & Kinnunen 2006, 76).

Oikeudenmukaisuuden todetaan heikentyneen 1990-luvun alusta alkaen. Tämä näkyy siinä, että korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyvät yksityislääkärillä, työterveyshuollossa ja seulontatutkimuksissa merkittävästi useammin kuin heikoimassa viidenneksessä elävä väestö. Vältettävissä olevien kuolemien määrä on kasvanut alimmassa tuloviidenneksessä kymmenkertaiseksi ylimpään tuloviidennekseen nähden. Tähän vaikuttaa myös julkisen hoidon rakenteellinen muuttuminen sairausvakuutuskorvausten ja – vakuutusten vaikutuksesta. Kunnallinen sairaanhoito ei ole lähtenyt kilpailemaan yksityisen sektorin kanssa. (Ashorn & Lehto 2008. 59–63.)

Terveydenhoidon järjestelmä on varsin avuton muuttamaan itseään. Se ei osaa reagoida toimintaympäristön muutoksiin. Siksi järjestelmän muutokset ovat hitaita. (Ryynänen, ym. 74.) Vieläkin hitaampaa muutos näyttää olevan aineiston mukaan väestössä.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Hoitoon hakeutumisen teorian hahmottelu

Hoitoon lähteminen tapahtuu sisäisen pakon kehityttyä lähdön esteitä suuremmaksi. Epätietoisuus ja pitkä matka nostavat hoitoon hakeutumisen kynnystä. Ihmiset pyrkivät odottamaan, jos odotuksen jälkeen voi saada palvelun lähempää. Hoitoon hakeutumiseen vaikuttaa myös matkan tekotapa sekä aika, jonka kuluttua palvelu on saatavissa.

*Mxm: ”Joo. Oli niinku mentävä, että ei, ei ollu vaihtoehtoja..  
Pakko mennä”*

*Kxm: ”niin tuota täytyy kuunnella vähän sitä kehhoo siinä että  
tuota. Mutta jos se .. yleensä se on että aamuun pääsee, mutta eihän sitä  
tiedä.”*

*M: ”.. (rykäisy).. Ee, no, niin. Kyllähän se tietenki tämä lähempi,  
kun täältä näin kaukaakin tulee, niin kyllähän se ihan hyvin, niin  
tuota, aina mielellään ottaa sen..”*

*Kxn: ”. Sen takia sitte vetkuteltiin se lauantai ja se sunnuntai-aamupäivä, että isäntä ei halunnut lähteä muualle.. Että ois ootettu maanantaihin. Että sitten tietysti Keuruulle, kun vastattiin, että Keuruulahana on päiväystys. Että se oli sellainen tietämättömyys.”*

Terveyspalveluihin pyritään sisäisestä syystä (sairaus, huoli, vamma, vaiva, kuntoutustarve, hammashoito jne.) tai ulkoisesta syystä (esim. terveystarkastus iän perusteella ajo-oikeuden säilyttämisen vuoksi). Ulkoisen syyn vuoksi suostutaan odottamaan pitempään tuskastumatta.

Julkiset palvelut ovat aineiston mukaan ensisijaisia. Yksityiseltä puolelta haetaan nopeampaa palvelua, tuttua lääkäriä tai lisävauhtia julkisen palvelun toteutumiseen.

*PN: ”Mutta sehän on ihan toisaalta väärin. Että eihän sen pitäis pohjautua siihen yksityisen käyttöön vaan senhän pitäis olla kaikille tasavertanen.”*

*PxN: ”Siinä on se pointti, että on aina sama lääkäri, joka tuntee taustat, tietää perheen ja pystyy toimimaan sitten sen mukaan.. että kun aina selittäis sen koko litanian eri ihmisille.. Helpottaa huomattavasti.”*

*PxN: ”Niin. Keskussairaalaan. Ainakin meidän osalta se on pelannut.. sen jäljälleen, kun sinä hankkiudit sinne yksityiselle, sen jäljälleen se onnistu (naurahdus)”*

*PxN: ”..Koska sitt taas, jos minä oon menny yksityiselle jotakin asiaa ja on ollut vähänkään niinkun jotakin pelkoo, että on jotkin häikkää, niin hän pistää vaikka välittömällä läheteellä, (se sanoo, että lähet ajamaan)”*

Kansalaiset eivät aina hahmota julkisen ja yksityisen eroa. Rajaa hämärtävät samojen lääkäreiden toiminta molemmilla sektoreilla sekä julkisen sektorin yksityiseltä ostamat palvelut.

*KN3: ”Kun tommosia kuulee. Ja sitten onko säästetty? Kuinka paljon nämä säästöhommat puree, että lasketaan ko sen mukkaan että.. että. tuota.. Minäkin pääsin silloin, kun minulla oli se kipu täällä inhottava ollu, jo pari viikkoo, niin tuota.. Kun ei selvinny täällä röntgenissä, niin minä pääsin sitten ultraääneen.. Jyväskylään. Aika pian, siinä, mikä se oli se terveys.. että siinä piti se oma vastuu kyllä maksaa taikk oma osuus, mutta sitte.. kunta kai sen lopuks sitten maksaa..että se..”*

*H: tai Kela?*

*KN: ”..Niin.. niin se joo..”*

*H: Niin oliko se joku yksityinen asema, (millä tutkittii)?*

*KN: ”Se oli se, mikä se on se asema siellä jossain.. vähän kauempana, että..”*  
*H: Niin, että ei ollut Keskussairaalassa?*  
*KN: ”Ei ollu keskussairaalassa. Että onko se sitten nii, että kaupunki korvaa sitten sen lopun..”*

Hoidon tarpeen ilmaannuttua kansalaisen polku voi toteutua neljän vaihtoehdon tai niiden yhdistelmien mukaan.

- 1) Huomattava osa tulee hoidetuksi yhdellä terveyskeskus- tai yksityisvastaanotokäynnillä.

*PxM: ”Ja jos lapsia on tarvinnu käyttää terveyskeskuksessa, niin on päästy tosi heleposti.. Ei oo ollu mitään ongelmaa, jos on jouduttu äkillisesti, jos on tullu korvatulehdusta tai muuta tullu lapsille niin.. Päivystyksen kautta.”*

- 2) Toinen huomattava osa potilaista saa hoitoa, joka etenee tutkimusten / laboratoriotestien / kuvantamisten kautta paikkansa pitävään diagnoosiin ja diagnoosin mukaiseen hoitoon.

*N: ”Näkö meni sekaisin niin että (( )):lta vietiin sitten tuonne terveyskeskukseen ja siellä sitten käsket.. taikka lähetettiin taksilla silmälääkäriin.. Ja sitten no sitten se anto ensimmäiselle lääkärille ja sitten alettiin sitä ruokavalio.. järjestämää. ja en muista tuliko siinä jotakin tabletteja silloin”*

*PM: ” Että kyllä se minusta se on semmonen, että se on siitä diagnoosin ratkaisusta että se on semmonen, että siitä se mennee eteen päin. Se tekkee sen.. tekkee sen, miten siitä jatketaan. .... että”*

- 3) Pieni joukko ei saa yhteyttä terveyspalveluun joko tietämättömyyden tai taivoittamattomuuden vuoksi. Tähän ryhmään kuuluvat myös henkilöt, jotka eivät kelpuuta tarjottua palvelua.

*P xm: ”..kun olisin lähtiessä puhunut tuolle muurille, niin.. ne vaivat, niin saman avun sieltä sai,..”*

*Pn: ”No,.. se on minusta vähän.. lapsellista.... Se on vanhojen ihmisten aliarvioimista tämmönen juoksuttaminen, mitä oli, että niin nii, että ei sinne varmasti kukkaan huvikseen mene.”*

- 4) Neljäs ryhmä saa epätydyttävää palvelua epäselvien oireiden, moniongelmaisuuksien, hoidossa tapahtuvien säästämispäätösten, muiden priorisointien tai puutteellisen ilmaisukyvyn vuoksi. Tämä joukko jää kuormittamaan terveyspalveluja, koska todellinen apu jää heiltä saamatta.

*N: ”( Ja sitten) sehän riippuu vähän siitä, mikä ihmistä vaivaa. Jos on selevä vika niin kyllähän se hoidetaan, mutta sitten jos on*

*sellanen epämääräinen vika, niin, niin niin lähettääkö se lääkäri eteenpäin ja miten sitä tutkitaan tutkitaanko sitä tarpeeks ja..”*

*M: ”Se on vähän niinkun lottooo pellais.”*

Yhteyden saaminen terveyskeskukseen koetaan ongelmalliseksi.

*PxM: ”Vuosi sitten neljä.. aamulla neljäkymmentäviis minuuttia usein, useemman kerran, niin keskimäärin neljäkymmentä viis minuuttia ootin, näin kun se piippas ja, piippas ja silloin tällöin sanottiin aina, että puhelinvaihde on varattu, odottakaa. ”*

*Kxn: ”No, kun on siitä on ollut niin paljon puhetta ja minäkin pelkäsin, kun eihän sitä tiijä milloinka, kun sanovat, että pitää mennä jo seitsemän aikaan istumaan ja oottamaan.. niin tuota.. niin, niin. enhän minä koskaan herrää siihen aikaan, kun (taudin nimi)-lääkitys nukuttaa minua niin että minä kymmeneen asti nukun aamu kun aamu. .Mut että se siinä on tosiaan semmoinen (sauma se että)”*

*PxM: ”Nii ei näillä päässy millään täältä näillä tämän ajan vehkeillä näillä huonoilla kenttäyhteyksillä ja sun muilla, niin se oli aivan kamalaa, mutta tuota..”*

Ajanvarauksen rinnalla muutamat ovat oppineet käyttämään tuttuuden perusteella avautuvaa takaovea. Hoitojonon uskotaan olevan ohitettavissa myös yksityisvastaanoton avulla, mutta sitä keinoa ei haluta käyttää jokaisen vaivan yhteydessä. Hoidon tarpeessa oleva kokee ohittelustaan syyllisyyttä, mutta on tyytyväinen hoidon järjestymiseen tällä epäoikeudenmukaiseksi kokemallaan keinolla. Kiireellistä hoitoa tarvitsevat, lapset sekä mahdollisesti yrittäjät saavat ohittaa muuta jonoa hyväksytysti.

*Kx n: ”Monelle kuukaudelle menee, että se on vähän huono.... Mutt tota nii, mun kohallahan se on, että kun minä kävelen sinne vastaanottoon, niin ei ne kehtaa kääntää minua takaisin. (naurua) että minä jos siinä saan sen..”*

*PxM: ”Joo, se on periaatteessa aina, että siellä on lapsethan siellä on etusijalla. Kyllä sen on huomannut itekkin, että kun vanhempaina mennee nii kyllä lapset pääsee edelle ja kyllä se oikein onkin. Että ne on vähän niinku priorisoitu niin päin..”*

*Kxn: ”No mullahan on taas ollu nii, kun yrittäjänä oon soittanu taas sille puolelle nii oon saanu aika hyvin niin kun vekslattua niitä aikoja Sitä.. aina on tietenki..että pitää kattoo aina, että mihinkä aikaan pääsee yrittäjä tota nii sairaslomalle, nii (naurua)”*

Etuilusta tai ikärasismiepäilyistä huolimatta terveyspalveluita pidetään oikeudenmukaisina ja tasa-arvoisina. Suurin kuilu tasa-arvoisuudessa muodostuu yksityisen ja julkisen hoidon välille, koska kaikilla ei ole varaa yksityiseen hoitoon. Tuttu lääkäri on

useimmille mieluinen, vaikka keikkalääkäreistäkin on hyviä kokemuksia. Tuttu lääkäri on yksi syy hakea yksityisiä palveluita.

*K n: "Kyllä mun mielestä on varmaan tasapuolista.... Kyllä siellä ihan samalla tavalla kohellaan juoppojakin, kun ne tulee hake-  
maan..(rykäisy).... tai sitt tai sairaushan se niilläkin on, kun ne tarvii jo-  
tain rauhoittavia lääkkeitä.... Mut tota nii.. kyllä ne sairaanhoitajat tota  
nii osaa kattoo ne vakavat lääkäriille, mun mielestä."*

Jotkin toistuvat hoidot edellyttävät perheissä tarkkaa kirjanpitoa, jotta oikea perheenjäsen olisi varattuna aikana oikeassa paikassa. Varsinkin hammashoidon useat vaihtoehdot työllistävät perheitä ja aiheuttavat kuljetuskustannuksia.

*Px M: "niin välliin se.. pittää olla kova kirjanpito, että osaa men-  
nä oikeeseen paikkaan, kun toiset asiat hoituu.. hammaspuolellakin hoi-  
tuu Keuruulla ja toiset on Haapamäellä."*

*PxM: "Kyllä: hakkee oppilas sieltä.. pois ja"*

*PxN: "Sehän tuli oikein päätös, että.. koulun puolesta ei enää  
viijä."*

*PxM: "Joo.. elikkä tuota, kyllähän se.. Se on tietysti, että se  
maksaa tuo kulukeminen tuolla.. ja nehän ei ole korvattavia täällä kun-  
nan alueella"*

*PxN: "Niin, kun se ei tule se vähimäisraja täyteen."*

*PxM: "Niin ei tule. Ja sitten kun tuota.. sitten kun pittää sen  
seittemän kertaa viikossa hyppää milloin missäkin, kun se.."*

Vastaanotolla halutaan selvä vastaus kysymykseen, mikä potilasta vaivaa. Kokeillaan-  
tai katsotaan - vastaukset aiheuttavat tyytymättömyyttä. Niiden arvellaan aiheutu-  
van lääkärin tietämättömyydestä tai halusta säästää jatkotutkimuskuluissa potilaan  
kustannuksella. Potilaat saavat melko usein liian vähän heitä koskevaa tietoa varsin-  
kin, jos he jäävät odottamaan sitä.

*PxN: "(Joo, sanotaan niinkun, katotaan, auttaako tämä.)"*

*PxM: "(Niin, katotaan auttaako tämä.. Joo.. )Joo."*

*PxN: "Että joskus tuntuis, että sitä kannattais niinku tutkia heti vähän  
perusteellisemmin, eikä katottais."*

*PxN: "niinkun pääs loppujen lopuks jollekin, niin sitten siellä  
hypättiin kuus-seitsemän kertaa, ennen kuin päästiin Jyväskylään, ett..  
Jyväskylässä asia hoituu. Niin lasten kanssa kuin itelläkin. Siellä päässä  
ei oo mitään ongelmaa, mutta ennen kuin sinne pääsee, niin se on aina  
tössähtänyt tuonne Keuruulle pitkäks aikaa.."*

*Pxm ".... Ja sitten mulle ainakin on sanottu, että kun ei Jyväsky-  
lä ei halua, että sinne lähtee yhtään siinä rajalla olevia tapauksia, että  
voi olla epäily, ettei oo mitään.. Niin minä sitä Jyväskylässä kysyin, niin  
he sanoi, että sanoi, että just päinvastoin. Että aina pitäis tulla tänne, et-*

*tä he pystyy varmistaan. Että eihän oo sellaista harmaata aluetta, että sitä joko on tai sitä ei oo, ett vähänkään epäilyttävissä tilanteissa pitäis aina ohjata sinne..”*

*PxN: ”.. Keuruu säästää. (nauraa)”.*

*Pn: ”Ett kyllä sinäkin hinattiin pari vuotta, ihan turhaan.. Ett kyllä näitä sattuu. ite huomasin sen saman sen (sairaus):ni kanssa. Kyllä siinä sai niinku monta, monta kertaa käydä ja aina eri lääkäriellä ennen kuin sitä päästiin eteenpäin.”*

*Kn: ”Ja sitten ne jälkihoijot ja kaikki. Ei sieltä tuu kukaan sanomaan, että tulisitko sinä kontrolliin. Pitää niinku ite kysyä, ett....”*

Laboratoriotulokset voitaisiin lähettää asiakkaalle pyytämättä. Omatoimisuutta uskotaan tarvittavan myös keskussairaalan hoitojonossa etenemiseksi. Myös palvelun tuottajat uskovat, että tieto ei aina kulje heidän organisaatiossaan.

*KN3: ”Niihän se on. Kyllä ne tuoltakin varotti.. tuolta (sairaalalan nimi) että jos ei ala nyt syksyllä.. ens syksyllä kutsua kuulua, niin pitää sitt ottaa yhteys..”*

Kansaneläkelaitoksen maksamilla korvauksilla on merkitystä asiakkaille palvelujen rahoittamisessa. Vastineeksi asiakas voi joutua selvittämään palvelun käyttöä useaan kertaan, vaikka tapahtuma olisi samanlainen toistuessaan. Ongelma on suurempi, jos kansalainen asuu saman vuoden aikana eri paikkakunnilla.

Odotusaika oireiden ilmaantumisesta ja hoitoon hakeutumisesta todellisen hoidon alkamiseen on aineistossa suurimmillaan kaksi ja 16 vuotta. Viivästyminen tuskin voidaan selittää sillä, ettei hoidon tarve ole uskottava. Toisen tutkimuksen aihe olisi selvittää, kuinka kustannusten jakautuminen eri maksajien kesken vaikuttaa hoidon etenemiseen. Ilmeistä on, että maksujärjestelmien erilaiset intressit voivat viivästyttää hoitoa.

Kuten kaikessa ihmisten toiminnassa, myös terveyspalveluissa tapahtuu virheitä. Niistä ei yleensä haeta korvauksia. Aineiston perusteella virhe voi selittyä diagnoosin epävarmuudella. Myös unohdus ja väärä tilannearvio ovat mahdollisia. Päivystyksen ruuhka voi aiheuttaa hoitoviiveen. Tavallista on myös, että virheeksi koettu on kokonaan asiakkaan väärinkäsitystä.

*KxM: ”No, ei.. se .. se pahen..pahen .. pahen sillä aikaa, että ne ei pystynyt sitten enää liottammaa, kun se aika meni niin pitkäksi (-- kella siten)”*

*Kn: ”Hän kyllä sanoi, että ruvetaan antamaan suoraan antibioottia.. suoneen, mutta sitten se viivästy ja viivästy, että vasta sitten.. maanantai-iltanako se hoitaja oli sanonut lääkärille, että eikö sitä voitas jo ruveta antamaan.”*

*P xn: ”Sitä ei tiijä kukaan, koska lääkäri sanoi, että hänelle ei ole ikinä tällaista tilannetta hoitanu, että hän ei tiijä, miten näitä hoijjetaan... (Ei myöskään) ohjannut eteenpäin ja sieltä sitten taas lastenlinikalta meille tai poliklinikalta sanottiin, että se ois ilman muuta, tällaset tapaukset kuuluu aina lähettää.. Jyväskylään.. Mutta he ei voi sitten ilman lähetettyä ottaa. No, minkäs siinä teet?”*

Hoitotyön tekijöillä on erityinen asema potilaaksi hakeutuvaan nähden. Tämä asema edellyttää vastavuoroisuutta. Kuuleminen ja kuulluksi tuleminen ovat keskeisiä onnistuneen hoitosuhteen elementtejä. Nämä korostuvat silloin, kun palvelua hakeva on leimautunut (esim. mielenterveys- tai päihdeasiakas).

*N: ” Ei ne halunnu kuunnella. Omaisia ei uskottu.”*

Asiakkaat tiedostavat palvelun tuottajien välistä jännitettä (julkinen – yksityinen) ja myös siinä ilmeneviä epäselvyyksiä. Erilaiset perusteet päätöksiä tehdessä aiheuttavat hämmennystä. Sama lääkäri voi jopa tehdä erilaisen ratkaisun samalle potilaalle yksityisellä ja julkisella sektorilla. Asiakas suostuu tähän, koska lopputulos on hänelle edullinen. Potilaana hän on tässä vapaan kilpailun ja säädellyn palvelun välisen kamppailun käsikassara kykenemättä itse päättämään, kummallako puolella hänen tulisi olla. Vahva henkilökohtainen intressi, terveys, sitoo hänet sillä hetkellä hänelle edullisempaan vaihtoehtoon. Tämä tosiasia puoltaisi julkisen ja yksityisen terveyssektorin rajankäynnin tekemistä poliittisen päätöksenteon kentällä. Jos päätös jätetään tekemättä, sellainen syntyy potilasvirran (itse-)ohjautumisen, konsumerismin seurauksesta hallitsemattomasti.

*Kn: ”..terveyskeskus lähetti minut keskussairaalaan, mutta keskussairaala totes, että ei oo mittään vikkaa... Nii minä menin yksityiselle ja yksityinen lähetti magneettikuvaukseen ja sitten yksityislääkäri lähetti keskussairaalaan leikkaukseen nii niiden piti ottaa minut vastaan.”*



Lääkärikunnan kollegiaalisuus on huomioonotettava ilmiö yksittäisen potilaan hoito-  
ketjussa ja hoitosysteemin kokonaisuudessa. Kollegiaalisuus sallii erilaisia toimintata-  
poja sekä julkisen ja yksityisen kombinaatioita. Kollegiaalisuus näyttää saaneen mur-  
tumakohtia vakuutuslääkäreiden ja muun lääkärikunnan välillä. Myös toisessa maas-  
sa toimivan lääkärin osaaminen voidaan asettaa kyseenalaiseksi.

*M: ”(Joo siinä kävi) semmonen moka.. moka, että että se (puo-  
lison nimi) kävi tuolla.. Virossa. ja siellä ne totes, että on (taudin nimi).  
H: ”Joo.”  
M: ”Ja.. (kun sitä tuota)”  
N: ”(Kun minä kyllä vein sen) lapun tänne.. lääkärille”  
M: ”Nii ne.. lääkäri ol sano, ettei ne mittään tiijä..”*

## 8.2 Tutkimuksen reflektointia

Aineiston perusteella hoitoon pääsyn prosessi vaihtelee turhista ajanvarausyrityksis-  
tä hätätilanteen mukaisiin kiidätyksiin sekä yksityisvastaanoton pikaisesta järjestymi-  
sestä hoidosta käännättämiseen ja potilaan juoksuttamiseen vastaanotolla useita  
kertoja saman asian vuoksi. Aineistossa esiintyi myös sellaisia ilmiöitä, jotka eivät  
sisälly käyvän hoidon suosituksiin. Näitä ovat vastaanotot ”välistä”, ohi päivystysjo-  
non, sekä ”vauhdin hakeminen” yksityisestä terveydenhoidosta julkisen puolen hoi-  
toihin. Haastatellut suhtautuvat ymmärtävästi lasten vastaanotolle pääsyyn ohi jo-  
non. Aikuinen saa haastateltujen mielestä ohittaa jonon hätätapauksessa tai siksi,  
että oma hoitoon pääsy pitkittyisi merkittävästi, jos avautunutta mahdollisuutta ei  
käytettäisi. Tämä ”oma nahka lähinnä” -ajattelu ilmeni myös yksityisen ja julkisen  
terveydenhoidon käytön funktioissa. Haastatteluissa ei tullut esille vaihtoehtolääke-  
tieteen hoitoja.

Ennakko-olettamukseni terveyskeskuksen päivystyspaikan vaihtumisen erilaisesta  
vaikutuksesta Keuruun keskustassa ja Pihlajavedellä osoittautui vääräksi. Sekä kes-  
kustassa ja Pihlajavedellä asuvat ovat odottaneet päivystyspaikan vaihtumista pääs-  
täkseen lähempään päivystyspaikkaan. Palveluaukko on siis muodostunut molemmil-  
le ryhmille. Pihlajavedellä asuvat arvostelevat Mäntässä tapahtuvan päivystyksen  
aiheuttamaa pitkää matkaa, sillä kokemusten mukaan sieltä joutui usein matkusta-

maan vielä Jyväskylään. Sellaisen kokeneille Mänttä edusti turhaa mutkaa ja viivytystä.

Päivystyspaikan vaihtuminen itsessään aiheuttaa epätietoisuutta, hoidon viivästyistä ja sekaannuksia. Nämäkin osoittavat palveluaukon syntyneen. Tiedotus päivystyspaikoista ei ole mennyt ihmisten tietoisuuteen. Yleisesti muistetaan, että paikallislehdessä on julkaistu koko sivun ilmoituksia päivystysjärjestelyistä, mutta lehdet ovat joutuneet hukkaan. Kukaan haastatelluista ei kerro katsovansa päivystysaikoja puhelinluettelosta. Tämä kertoo tiedottamisen lisäksi puhelinluetteloiden merkityksen muuttumisesta.

Hoitajien työ saa vastaajilta huomattavan paljon kiitosta. Hoitajat ovat osanneet toimia asiakaspalvelun edellyttämällä tavalla. Vastaajien kokemukset ovat lähes yksinomaan kiittäviä. Kiitoksia ropisee myös työterveyshuollolle, jossa asiat etenevät muuta terveydenhoitoa nopeammin. Haastatelluista kolmasosa oli työterveyshoidon piirissä. Kielteisen palautteen määrä kaikista terveysterveyspalveluiden käytöstä näyttää olevan 3-10 %. Arvio perustuu siihen, että haastatelluilla oli elämänsä aikana keskimäärin enemmän kuin 100 käyntiä terveysterveyspalveluissa. (Jos käynnit jakautuisivat elämän varrelle tasaisesti, tuo määrä käyntejä toteutuisi n. 27 vuoden iässä.) Kielteiset tapaukset raportoitiin haastatteluissa poikkeuksina. Tyytymättömyys on enintään samaa tasoa tehottomuuslukujen kanssa, vaikka näillä asioilla ei ole suoraa yhteyttä.

Tuloksia arvioidessa on paikallaan muistaa, että kielteiset arviot terveysterveyspalveluista esitettiin muuten hyvin sujuneen kokemuksen poikkeuksina. Ajanvarauksen ja tavoitettavuuden ongelmat tosin ilmenivät yleisenä sääntönä.

Hoitoon pääsyn kokemus ei näyttäydä saman perheen jäsenille samanlaisena. Vanhemmille ja ajokortillisille saattajan rooli korostuu. Vanhempien kokemus vaihtelee sen mukaan, onko hän kotona vai työssä, varaamassa aikaa vai viemässä potilasta jne. Omaishoitajan muistoissa ikävä hoitokokemus elää potilaan kuoleman jälkeen.

Terveydenhoidon järjestelmän ongelmana näyttää olevan lähteiden mukaan kokonaisnäkömyksen puute tai sen sirpaleisuus. Myös lääkärit vaativat keskitetypää

ohjausta (Helsingin Sanomat 27.10.2010). Tätä asiaa ei yksinkertaista se, että osa palvelun tuottajista tuottaa sekä julkisen että yksityisen sektorin palveluita. Lisäksi sairausvakuutus ja kansaneläkelaitoksen korvaukset ja konsumerismi vaikuttavat palvelurakenteen muuttumiseen. Tämä muodostaa mahdollisuuden, jossa yksityinen terveydenhoito ottaa hoitaakseen yksinkertaiset tapaukset sekä maksavat asiakkaat ja julkisen järjestelmän vastuulle jäävät vaikeammin hoidettavat ja maksukyvyttömät potilaat. Asiakkaiden taloudellinen toimintakyky määrää entistä enemmän hoidon saamista. Aineistossa tämä näkyy yrittäjätaustaisten siirtymisenä yksityispalvelujen ja työterveyshuollon piiriin.

On huomattava, että asiansaatoissa ei ole ilmausta asiakkaan tahdolle hakeutua hoitoon. *Hoitotahto*-käsite on varattu potilaan ilmaisemalle hoidon päättämiseksi. Käsitteellisesti asiakas on siis hoitoon hakeutuessaan asiantuntijoiden tahdon varassa. Hoidon alkamistapaan liittyy käsite *pakkohoito*, mutta sana ei sovellu tavanomaisiin terveydenpalvelun käyttötilanteisiin. Käsitteiden tasolta tarkastellen terveyspalvelujen käyttäjän matka kuluttajaksi on vielä huomattavan pitkä.

Tutkijana lähdin tekemään tätä työtä oppiakseni kuulemaan enemmän asiakkaiden puheesta. Sen ohella odotin löytäväni joitakin seikkoja, joissa palvelua voidaan parantaa. Tahdoin tuoda tämän esille tavalla, jossa asiakkaan ääni kuuluisi mahdollisimman aitona. Tuloksia arvioidessani säikähdin, sillä niistä nousi esiin paikallistasoa suurempia kokonaisuuksia. Kysyin itseltäni, saako noita asioita tuoda esille näin vaatimattomassa tutkimuksessa. Kirjallisuuteen perehtyessäni totesin, etten ole yksin tekemässä tuon suuntaisia arvioita. Lukiessani konsumerismista, asiakkaan valintojen ohjaavasta vaikutuksesta, suorastaan petyin: omat löytöni näyttävät jääneen yhteen. Potilaan vahva itressi toimia terveytensä puolesta selittää hänen valintojaan jopa kuluttajana. Hahmoteltu teoria on osoitettavissa paikkansa pitäväksi grounded theory'n mallin mukaan aineiston avulla

Lukija saa päätellä, kuuluuko asiakkaan ääni. Tutkijalle oli suuri kokemus oivaltaa narratiivisen pohdinnan yhteydessä, mitä kaikkea sisältyy haastateltavan pieneen naurahdukseen kertomuksen lopuksi. Joskus se sisälsi pienen ihmisen pilkkaa mahtaville järjestelmille. Oleellisinta tuossa ei ollut pilkka vaan sen osoittama

epäkohta järjestelmän toiminnassa. Tuon epäkohdan edessä yksilö kokee voimattomuutta. Tuossa kohtaa nauru on sukua hovinarreille, karnevaalille, kekrille ja humalalle: niissä kaikissa arkielämän valtasuhteet keikahtavat. Olen tyytyväinen, jos joku asia naurun takaa saa tämän tutkimuksen myötä explisiittisen muodon.

### 8.3 Kehittämiskohteita

Matka systeemin mukaiseen hoitopaikkaan kasvaa joillakin vastaajilla ajoittain sadan kilometrin tietämille. Heille olisi etua, jos naapurikuntien terveyskeskusten kanssa voitaisiin sopia päivystyshoidosta.

Ajanvarauksessa on takavuosina ollut ongelmia, joiden vuoksi järjestelmä tarvitsee reilun ”kasvojen kohotusleikkauksen”. Muussa tapauksessa vanhojen ja ikävien kokemusten varjot elävät nykyisyydessä vielä pitkään. Kasvojen kohotus voidaan saada aikaan hyvällä tavoitettavuudella. Puhelinyhteys on varsinkin vanhoille ihmisille tärkeä. Siihen saisi enemmän aikaa, jos ajanvarausta kehitettäisiin osittain internetin avulla toimivaksi. Pankkitunnuksilla tapahtuva tunnistautuminen on tullut tutuksi suurelle osalle asiakaskuntaa.

Paljon terveyskeskuksen palveluja käyttäville voitaisiin antaa seuraava aika edellisen käynnin päätteeksi. Kun aikaa venytetään hieman pitemmäksi kuin se on aikaisemmillä käyntiväleillä ollut, vapautetaan sekä vastaanotto- että ajanvaraukseen käytettävää aikaa. Samalla asiakas saa turvallisuuden tunteen siitä, että hän pääsee vastaanotolle. Samaa menettelyä voitaisiin noudattaa seuranta- ja vaativissa pitkäaikais-sairauksissa. Näin varmistettaisiin, ettei asiakas putoaisi hoidon ulottumattomiin. Terveyskeskukset toimivat siinä ideologisessa uskossa, että kutsu olisi vastoin terveyskeskuksen periaatteita. Isommissa sairaaloissa vakavammista sairauksista ja isojen hoitojen jälkeen kutsuminen tarkastuskäynnille on yleinen käytäntö.

Ihmiset liikkuvat aikaisempaa enemmän. Kotipaikka voi vaihtua jopa useamman kerran vuodessa. Terveystietojärjestelmän tulisi sopeutua tähän muutokseen. Väestötietojärjestelmät päivittyvät jo varsin nopeasti. Terveystietojärjestelmän kotipaikan

tulisi kulkea kansalaisen mukana. Ikäihmistenkkin muutto voi olla monimuotoisempaa kuin eräissä aikaisemmissa tutkimuksissa havaittu muutto ”palvelusten lähelle”.

Kuten työn alussa todetaan, terveydenhuollon kentässä on useita kehiä, joiden toimivuutta asiakkaan kohtaaminen tuo esiin ja mittaa. Haastateltujen kokemuksissa ilmenee kirpeääkin arvostelua. Jos terveydenhuollon asiakkaan halutaan olevan kulluttaja, tulisi palvelun järjestäjän vastavuoroisesti noudattaa palvelun periaatetta. Asiakasta ei pidä nähdä pelkästään julkisen terveydenhoidon kulueränä. Yksityisen terveyspalvelun näkökulmasta asiakas on tulon lähde.

Tiedotusvälineissä julkista terveydenhoitoa uutisoidaan usein rahan niukkuuden näkökulmasta. Yksityisen terveydenhoidon uutisointi tuo esille hoitoja, joita julkiselta puolelta ei saa. Yksityinen hoito näyttäytyy runsaudensarvena jatkuvien talousvaikeuksien vaivaaman julkisen hoidon rinnalla. Tämä näkökulmien ero heikentää julkisen terveydenhuollon julkisuuskuvaa, joka on yksi kilpailutekijä.

Julkisen terveydenhuollon heikkeneminen nopeutuu, jos asiakkaat hakeutuvat lisääntyvässä määrin yksityiseen palveluun. Tästä on viitteitä myös haastatteluaineistossa. Yksityispalvelujen käyttäjiä oli seitsemässä haastattelussa kymmenestä. KELAn ehdotuksen tapainen keskitetty terveyshallinto, joka säätelee nykyistä voimakkaammin paikallisia julkisia ja yksityisiä toimijoita, saattaisi vahvistaa oikeudenmukaisuutta ja asiakkaiden tasa-arvoa.

Yksityisen hoidon taloudellinen kytkeytyminen julkisen terveydenhuollon viranhaltijoiden (lääkäreiden) toimintaan on aineiston valossa eettisesti epäselvää. Riittääkö laadukkaaksi eettiseksi toiminnaksi se, että julkisessa virassa toimiva lääkäri ei neuvo potilastaan omistamaansa yksityispraktiikkaan? Kun molemmilla sektoreilla toimiva lääkäri määrää potilaansa jatkohoitoon, onko selvää, kummassako roolissa hän toimii? Kolme haastateltua kokee, että yksityispuolelta voi käydä hakemassa vauhtia julkisen terveydenhuollon toimiin. Kuinka lisävauhtia voi saada etuilematta hoitojonossa? Saako julkisessa palvelussa parempaa palvelua maksamalla siitä yksityiselle terveyspalvelulle? Millainen on 1,3 %:n tehottomuudella toimiva terveyskeskus? Onko inhimillisessä toiminnassa mahdollista olla 100 %:n tehokas? Jos on, niin millaiset

ihmis- ja oppimiskäsitykset tällaisessa yhteisössä vallitsevat? Missä on tila luovuudelle ja oman työn kriittiselle tarkastelulle? Onko terveydenhoidossa toimivien tarpeen olla luovia? Onko tässä eroa lääkäreiden ja hoitajien välillä?

Inhimilliseen toimintaan yleensäkin näyttää liittyvän optimaalista toiminnan tasoa seuraava rappeutumisen vaihe. Sen vuoksi järjestelmää on tuon tuostakin tarpeen remontoida.

Terveyskeskuskäynteihin naapurikunnassa tarvitaan kuntien yhteistyötä. Miten yhteistyön käy, kun yksiköt suurenevät? Pihlajavedellä asuvat ihmiset hyötyisivät nykyistä joustavammista mahdollisuuksista käydä naapurikunnan terveyskeskuksissa.

Vaikka julkinen terveydenhoito ei ole onnistunut luomaan palveluhenkistä julkisuuskuva, kansalaisten luottamus on edelleen vahvaa. Lopulta terveyskeskuksestakin saa oikean hoidon. Siihen asti sitä on jaksettava hakea.

Tuloksia voidaan pitää pätevinä Keuruun ympäristössä. Tulokset ovat siirrettävissä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella vastaavan kokoiseen kuntaan, jossa vastaanottopaikat vaihtuvat aikaan sidotusti. Sairaanhoitopiireillä on erilaisia käytäntöjä. Sen vuoksi tulosten soveltamista Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ulkopuolelle on tehtävä harkiten. Luonnosteltua hoitoon hakeutumisen teoriaa voi pitää oleellisin osin uskottavana Suomen alueella.

Julkisen ja yksityisen hoidon nivoutuminen hoitosysteemiksi olisi kansantalouden kannalta tutkimisen arvoinen asia. Siihen liittyy systeemin ohjausmahdollisuuden selvittäminen. Paikallisesti tulee olemaan mielenkiintoista nähdä, miten seututerveyskeskus tulee vastaamaan terveydenhoidon haasteisiin ja mitä kokemuksia palveluiden käyttäjille kertyy. Aineiston perusteella kehitettäviä asioita ovat tavoitettavuus, palvelunopeus ja vaikuttavuus sekä aikaisemmin laiminlyöty kilpailutekijä, julkisuuskuva.

## LÄHTEET

Aaltonen, J. Järviö, M-L, Luoma, K. (toim.) 2009 Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selvittävät tekijät. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Helsinki.

Annala, U 2010 Keuruun-Multian terveyskeskuksen poliklinikan osastonhoitaja. Haastattelu 14.6.2010.

Ashorn, U. & Lehto, J (toim.) 2008 Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollossa. Stakes. Gummerus, Jyväskylä.

Care Without Coverage: Too Little, Too Late. 2002. Institute on Medicine Staff Committee on the Consequences on Uninsurance Board on Health Care Services Staff. National Academies Press.

Eskola, J & Suoranta, J 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fawcett, J. 1991. Hoitotyön käsitteellisten mallien analyysi ja arviointi. Juva.

Foucault, M. 2005. Tiedon arkeologia (L'archéologie du savoir 1969). Tampere.

Hacking, I. 1999. Mitä sosiaalinen konstruktionismi on? (The social Construction of What? 1999). Tallinna.

Hannula A. 2007 teoksessa Syrjäläinen, E, Eronen, A. & Värri, V-M. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere.

Helsingin Sanomat nettiversio 27.10.2010. STT, Puolet lääkäreistä kertoo joskus tinkineensä hoidosta rahan takia.  
<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Puolet+l%C3%A4%C3%A4k%C3%A4reist%C3%A4+kertoo+joskus+tinkineens%C3%A4+hoidosta+rahan+takia/1135261200122>. Viitattu 27.10.2010.

Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. 2003. ETENE julkaisu 6. Helsinki.

Huttu, I & Kukkurainen, A. 2007. Asiakkaiden tyytyväisyys sairaankuljetukseen Keski-Suomen aluepelastuslaitoksen alueella. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.

Hyyppä, M.T. & Liikanen, H-L. 2005. Kulttuuri ja terveys. Helsinki.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001 Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Juva.

Jansson, N. 2009. Paikkatietoanalyysistä kuntatutkimuksessa. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, julkaisu 4.

Junnila, M. 2008. Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. Stakes. Tutkimuksia 178. Vaajakoski.

Kannisto, P. 2008. Suolatut säkeet: Suomen ja suomalaisuuden diskursiivinen muotoutuminen 1699-luvulta Topeliukseen. 2. elektroninen painos. (Painettu väitöskirja: Rantanen P. 1997. Suolatut säkeet, SKS, Helsinki.)  
<http://aromipesa.xetnet.com/free%20library%20books%20vapaa%20kirjasto%20kirjat%20p%e4ivi%20santeri/Suolatut%20s%E4keet%20%28Vitriolic%20Verses%29,%20P%E4ivi%20Kanniston%20v%E4it%E4skirja.pdf>. Viitattu 6.11.2010.

Karisto, A. 2008. Satumaa – suomalaiseläkeläiset Espanjan aurinkorannikolla. Helsinki.

Keskimäki, T. 2010. Raha ratkaisee sittenkin. (Tuominen, E) Suomen lääkärilehti 44/2010.

Koivusalo M, Ollila E. & Alanko, A. 2009 Kansalaisesta kuluttajaksi. Hakapaino, Helsinki.

Koskela, H. 2007 teoksessa Syrjäläinen, E, Eronen, A. & Värri, V-M. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere.

Kristoffersen, N., Norvedt, F. & Saug, E-A. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska.

Kytö, H. Tuorila, H & Väliniemi, J. 2008 Terveyskeskuspalvelujen laatu ja saavutettavuus. Kuluttajatutkimuskeskus, julkaisuja 8.

Leino, J & Kähärä, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön periaatteiden toteutuminen potilaiden arvioimana. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma.

Martinmäki, L 2010. Kansallinen terveysturva, Kelan mahti kasvaisi – Kansaneläkelaitos haluaisi ottaa vastuulleen terveydenhuollon kehittämisen. Keskisuomalainen 18.10.2010,5.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Opiskelijalaitos. Gummerus, 3. uudistettu painos, Vaajakoski.

Mielenterveysbarometri 2010. Mielenterveyden keskusliitto.  
<http://www.mtkl.fi/?x752385=872750>. Viitattu 26.10.2010.

Miller, P & Rose, N. 2010. Miten meitä hallitaan. Vastapaino, Tampere.

Mäkelä, L (toim) 1992. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gaudeamus. Helsinki.



Mälkönen V. & Seppälä, T. 2009. Terveyspalvelusetelien hyvinvointi- ja kustannusvaikutukset jonotetuissa toimenpiteissä. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Tutkimuksia 149.

Paatola, M. 2010. Keski-Suomen keskussairaalan vs.hankintapäällikkö. Puhelinhaastattelu 15.09.2010.

Pelkonen, M & Perälä, M-L. 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Tampere.

Ryynänen, O-P. Kukkonen, J. Myllykangas, M. Lammintakanen J. & Kinnunen, J. 2006. Priorisointi terveydenhuollossa – mitä maksaa, kuka maksaa. Talentum. Tampere.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, P. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.  
<<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 06.11.2010.)

Sairastaminen 2010. KELAn sivusto 2010.  
[http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/ali-as/kelasto\\_sisluue#Sairastaminen](http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/ali-as/kelasto_sisluue#Sairastaminen). Viitattu 6.10.2010.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/html/x503.html>. Viitattu 11.11.2010.

Syrjänen, M. 2006. Rinnakkainen tehokkuuden mittausmalli. Powerpoint-esitys Energiamarkkinaviraston keskustelupäivässä 29.3.2006. Gaia Consulting Oy.  
[http://www.energiamarkkinavirasto.fi/files/MikkoSyrjanen\\_20060329.pdf](http://www.energiamarkkinavirasto.fi/files/MikkoSyrjanen_20060329.pdf). Viitattu 27.10.2010.

Toiviainen, H. 2007. Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Stakes. Tutkimuksia 160. Vaajakoski.

Tuominen, E. 2010. Raha ratkaisee sittenkin. Suomen Lääkärilehti 44/2010.

Töttö, P. 2004. Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Tampere.

[http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2010/10/57\\_prosenttia\\_laakareista\\_tinkinyt\\_hoidosta\\_2092522.html](http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2010/10/57_prosenttia_laakareista_tinkinyt_hoidosta_2092522.html). Viitattu 27.10.2010.